



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

DIREITO À SAÚDE, ESCASSEZ E JUDICIALIZAÇÃO: uma tríade de paradoxos

Andressa dos Anjos Soares
Camilla Gusmão de Miranda Vidal

JOÃO PESSOA - PB
2017

Andressa dos Anjos Soares
Camilla Gusmão de Miranda Vidal

DIREITO À SAÚDE, ESCASSEZ E JUDICIALIZAÇÃO: uma tríade de paradoxos

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal da
Paraíba, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto Cavalcanti

João Pessoa - PB
2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Catalogação da Publicação na Fonte.
Universidade Federal da Paraíba.
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Soares, Andressa dos Anjos.

Direito à saúde, escassez e judicialização: uma tríade de paradoxos / Andressa dos Anjos Soares, Camilla Gusmão de Miranda Vidal. - João Pessoa, 2017.

95 f.:il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.

Orientadora: Prof^a. Dra. Patrícia Barreto Cavalcanti

1. Direito à saúde. 2. Judicialização. 3.SUS (Sistema Único de Saúde). I. Vidal, Camilla Gusmão de Miranda. II.Título.

BSE-CCHLA

CDU 364

Andressa dos Anjos Soares
Camilla Gusmão de Miranda Vidal

**DIREITO À SAÚDE, ESCASSEZ E JUDICIALIZAÇÃO: uma
tríade de paradoxos**

Aprovada em 13 / 10 / 2017

Banca Examinadora



Prof.ª Dr.ª Patrícia Cavalcanti Barreto
Orientadora



Prof.ª Dr.ª Ana Paula Rocha de Sales Miranda
Banca Examinadora



Prof.ª Ms.ª Alecsônia Pereira Araújo
Banca Examinadora

Dedico este trabalho a minha amada mãe, Josefa Maria, que é o meu alicerce aqui na terra e a todos que contribuíram para a realização desta conquista.

Dedico o presente trabalho a minha avó Maria de Fátima, que me passou o amor pela leitura e contribuiu para a realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS ANDRESSA

Agradeço a Deus pela dádiva da vida, pelo seu infinito amor, proteção, sabedoria e pela oportunidade de chegar até aqui.

Aos meus amados pais, Josefa Maria e Roberto Júnior, que não galgaram os degraus de uma Universidade, mas diplomaram-se na escola da vida, e sempre me ensinaram o caminho a seguir.

Agradeço pela dedicação, incentivo, preocupação, carinho, compreensão, em especial a minha mãe, que sacrificou seus sonhos por mim e sempre me apoiou e me incentivou nas minhas batalhas.

Aos meus avós maternos e paternos que mesmo longe se fizeram presente, sendo infinito céu aberto de amor e carinho. Em especial quero agradecer ao meu amado avô José dos Anjos que infelizmente não está mais entre nós, mas que sempre me incentivou a lutar pelos meus sonhos, comemorando minhas conquistas.

A minha prima Ana Helena que foi mais do que uma mãe para mim, obrigada por ter me orientado, por cada conselho, mas também por cada repreensão, hoje entendo que todas foram para o meu bem. Agradeço por ter acreditado no meu potencial e ter me incentivado ir além. Você foi a luz que apareceu no meu caminho e me encorajou a não desistir da luta antes que ela terminasse.

A minha querida amiga Camilla que esteve comigo durante toda a graduação, compartilhando os momentos alegres, bons e inesquecíveis, mas também aqueles em que a vida veio testar nossas forças, que foram obscuros e custaram lágrimas. A essa pessoa, devo eterna gratidão.

Aos meus primos e primas, principalmente a minha prima doce e amável Rafaela que esteve comigo quando precisei de um abraço, de um sorriso, de palavras sinceras, pelos elogios que só vem de quem ama, por ter coroado meus esforços.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Patrícia por todo desempenho, dedicação e paciência, pelos ensinamentos que vou levar para o resto da minha vida.

A todos os professores da graduação que me ensinaram a enxergar a realidade além da sua aparência, vocês me ajudaram a ver o mundo com outras lentes.

Aos meus tios e tias que torceram pelas minhas vitórias, e que contribuíram para minha formação de forma direta e indireta, especialmente minha tia Rafaela que se dispôs a me ajudar sempre que precisei.

A minha amiga Lívia por ter estado comigo em todos os momentos que precisei. Obrigada pelos gestos de carinho e a atenção.

AGRADECIMENTOS CAMILLA

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela vida e por ter me protegido nessa caminhada.

A minha mãe por todo amor e carinho, e principalmente a minha avó Fátima, meu ar que eu respiro, pelo incentivo quanto aos estudos, conselhos, esforços e abdições.

Ao meu tio Rodrigo, a quem tenho uma grande admiração, que além de ser um maravilhoso pai, é um exemplo de homem íntegro e humilde.

A minha tia-avó Coita por acreditar em mim e ter proporcionado condições objetivas para a minha permanência na academia.

A minha amiga-irmã Dávila, que sempre torceu por mim, apoiou e escutou todas as minhas angústias.

A minha grande e eterna amiga Andressa que compartilhou comigo todos os momentos da vida acadêmica, as alegrias, medos e tristezas, a quem tenho uma imensa gratidão e que se tornou mais que uma simples amiga. Também a agradeço por fazer parte dessa jornada e dividir comigo esse sonho, a graduação.

A Denise, minha terceira mãe, por quem tenho um carinho enorme.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Patrícia Barreto pela paciência, compreensão e toda a atenção durante a construção deste trabalho.

E finalmente, não menos importante, a todos os professores (desde o ensino infantil) que contribuíram de alguma maneira para a formação do meu conhecimento.

A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, e sim em ter novos olhos.

Marcel Proust

RESUMO

A judicialização do direito à saúde que é resultado da omissão do Estado frente à garantia deste direito e, por conseguinte do inaccessos dos serviços de saúde, vem se situando como mais um entrave para assegurar a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, este trabalho se propôs a realizar uma análise acerca da intensificação das ações judiciais concernentes ao direito à saúde no Brasil, resgatando os processos históricos em que se desenvolveu tal problemática, delineando as possíveis saídas para evitar o aumento desmedido da judicialização da saúde. A metodologia usada neste trabalho foi a revisão literária de cunho narrativo, valeu-se também da pesquisa documental no intuito de conferir um maior rigor ao estudo. Logo, constatou-se que a judicialização da saúde que teve seu marco nos anos de 1990 no Brasil, vem sendo uma estratégia amplamente adotada pelos cidadãos para a garantia do seu direito quando lesado, porém, como os gastos com as demandas judiciais não estavam previstos no orçamento da saúde, isso ocasionou em um desequilíbrio entre a oferta e a demanda dos serviços do SUS, ou seja, os desvios de recursos para atender demandas individualizadas, acarretou o não atendimento das necessidades de saúde de uma coletividade. De fato, a judicialização esta distante de se configurar como uma alternativa para a resolução dos problemas de saúde, haja vista que esse processo se tornou mais um obstáculo para a não concretização dos princípios da universalidade e equidade do SUS, isto é, conforma-se como mais uma violação do direito à saúde, fortalecendo as exigências do atual estágio do sistema capitalista.

Palavras-chave: Direito à saúde, Judicialização, SUS.

ABSTRACT

The judicialization of the right to the health that is resulted of the omission of the State front to the guarantee of this right and, therefore the lack of access of the health services, comes if pointing out as plus one it impedes to assure the universality of the Only System of Health (SUS). Of this form, this work if considered to carry through an analysis concerning the intensification of the concernments legal actions to the right to the health in Brazil, being rescued the historical processes where if it developed such problematic one, delineating the possible exits to prevent the unmeasured increase of the judicialization of the health. The used methodology in this work was the literary revision of narrative matrix, was also used the documentary research in intention to confer a bigger severity to the study. Soon, it was evidenced that the judicialization of the health that had its landmark in the years of 1990 in Brazil, comes widely being a strategy adopted by the citizens for the guarantee of its right when injured, however, as the expenses with the demands judicial were not foreseen in the budget of the health, this caused in a disequilibrium between offer and the demand of the services of the SUS, that is, the shunting lines of resources to take care of individualized demands, caused not the attendance of the necessities of health of a collective. In fact, the judicialization this distant one of if configuring as an alternative for the resolution of the health problems, has seen that this process if became plus an obstacle for not the concretion of the principles of the universality and equity of the SUS, that is, is satisfied as plus a breaking of the right to the health, fortifying the requirements of the current period of training of the system capitalist.

Keywords: Right to the health, Judicialization, SUS.

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BM - Banco Mundial

C.F. - Constituição Federal

CAP's - Caixas de Aposentadorias e Pensão

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIB - Comissão de Intergestores Bipartite

CIT - Comissão de Intergestores Tripartite

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

DP - Defensoria Pública

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FMI - Fundo Monetário Internacional

IAP's - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MARE - Ministério da Administração e Reforma do Estado

MP - Medida Provisória

MP - Ministério Público

MRSB - Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS – Ministério da Saúde

NAT - Núcleos de Assessoria Técnica

NOAS – SUS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOBS - Normas Operacionais Básicas

OSCIPs - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

PAB - Piso Assistencial Básico

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PACs - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCDTs - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNH - Política Nacional de Humanização

PPP - Parcerias Público-Privado

PSF - Programa de Saúde da Família

SES – Secretária de Estado da Saúde da Paraíba

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUCAM - Superintendência de Campanhas da Saúde Pública

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 01: Judicialização da saúde a nível mundial..... | 58 |
| Figura 02: Fluxograma do acesso aos bens de saúde por via judicial no SUS..... | 65 |
| Figura 03: Fluxograma de atendimento positivo pela via administrativa no município..... | 66 |
| Figura 04: Fluxograma de atendimento pela ação judicial na defensoria pública... | 67 |
| Figura 05: Fluxograma de atendimento pela ação judicial na promotoria pública.... | 68 |
| Figura 06: Fluxograma de atendimento por ação judicial pelo advogado particular. | 69 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 01: Dispêndios com a atuação do judiciário na política saúde entre 2010 e 2016..... | 61 |
| Gráfico 02: Estados brasileiros que contêm os maiores índices de ações judiciais na saúde..... | 62 |
| Gráfico 03: Quantitativo dos processos judiciais nas regiões Sul e Sudeste entre os anos de 2010 e 2014..... | 63 |
| Gráfico 04: Quantidade de ações judiciais totais por estados mais demandados de 2010 a 2014..... | 64 |
| Gráfico 05: Gastos públicos da União com processos judiciais na área da saúde... | 71 |
| Gráfico 06: Especificidades das ações judiciais referentes à saúde no Município de João Pessoa..... | 75 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 01: Gastos da União na garantia do acesso aos medicamentos via judicial. | 72 |
| Tabela 02: Total de pessoas beneficiadas com medicamentos de alto custo..... | 73 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 01: Desafios na garantia do direito à saúde com a crescente judicialização..... | 81 |
|---|----|

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 20 |
| CAPÍTULO I - A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL | 25 |
| 1.1 Política de Saúde e seu desenvolvimento histórico no Brasil..... | 25 |
| 1.2 Movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)..... | 29 |
| 1.3 Inflexões neoliberais e seus impactos no Sistema Único de Saúde..... | 32 |
| CAPÍTULO II - A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL | 47 |
| 2.1 O Direito à saúde no Brasil..... | 47 |
| 2.2 Aspectos sóciohistóricos do processo de judicialização da saúde..... | 57 |
| 2.3 Desdobramentos da judicialização da saúde..... | 76 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 86 |
| ANEXOS | 92 |

INTRODUÇÃO

As primeiras ações judiciais legítimas dos cidadãos contra as esferas subnacionais do governo para terem acesso a determinados aspectos do direito à saúde datam dos anos de 1990, tendo como precursor o movimento de pessoas com HIV/Aids que lutaram para acessar medicamentos e procedimentos médicos, com base na lei constitucional, que determina ser dever do Estado prestar assistência à saúde a todos os cidadãos de forma individual e coletiva, contemplando os princípios do SUS.

Sendo assim, o processo de judicialização da saúde se intensificou após a entrada do projeto neoliberal no Brasil em que o Estado perde sua centralidade na prestação dos serviços públicos, dando margem a privatização desses serviços que tende a liquidar o sistema de proteção social recém-conquistado. Em decorrência disto, os indivíduos passaram a sofrer um aumento considerável da violação de direitos, principalmente o da saúde, resultando em uma crescente demanda judicial para que haja a aplicabilidade do direito.

A judicialização da saúde é a atuação do poder judiciário frente à omissão do Estado para com a política pública de saúde, servindo assim como uma alternativa aos cidadãos que veem seus direitos tolhidos. Todavia, esse processo fragiliza a política de saúde, na medida em que na instância jurídica não existe parâmetros para universalizar o acesso ao direito que foi violado, além de comprometer os recursos que já estavam alocados para satisfazer as necessidades coletivas em prol do atendimento de uma demanda individual determinada judicialmente.

Devido à complexidade e a crescente demanda da judicialização no âmbito da saúde na Paraíba, da experiência obtida no Estágio Supervisionado Obrigatório I e II no Hospital Universitário Lauro Wanderley, e da explanação sobre o tema na disciplina Política Social da Saúde, o objeto de estudo “A judicialização da saúde” foi definido, uma vez que se verificou a necessidade de avançar nessa problemática tanto do ponto de vista teórico quanto no prático, suscitando questionamentos por parte dos entes públicos, sociedade civil, gestores da saúde e profissionais envolvidos, de forma a construir meios de romper com a naturalização da judicialização.

Ademais, a produção de conhecimento sobre a temática se mostra extremamente incipiente na área das Ciências Sociais Aplicadas, e a escassa produção observada se encontra localizada em larga medida, na área do Direito Sanitário, conforme aludem Oliveira et al (2015).

Portanto a relevância desse trabalho é acadêmica e científica já que se propôs a pôr em relevo um tema ainda carente de aprofundamentos e reflexões. Outrossim, possui relevância social na medida em que sinaliza de que modo o direito à saúde pode ser obtido sem que necessariamente se faça uso de medidas judiciais.

Para além de tais justificativas é importante ressaltar que no âmbito da saúde os assistentes sociais tem que imprimir uma direção política ao seu exercício profissional, que coadune com os princípios normativos do Código de Ética e as proposições defendidas pela reforma sanitária, de forma que possam está na defesa dos direitos dos cidadãos, ampliando e facilitando o seu acesso. Por essa razão, a discussão da judicialização da saúde configura-se como um tema relevante para a profissão, uma vez que esse processo incide diretamente sob o contingente que vivenciam os desserviços do SUS. Sendo assim, os usuários recorrem aos assistentes sociais para terem ciência de como devem proceder para alcançarem a efetivação do direito quando este é negado pelo poder estatal.

A questão norteadora dessa análise foi: como está estruturado o debate acadêmico sobre a judicialização da saúde no Brasil?

O objetivo geral que norteou o processo de construção desta reflexão foi analisar o processo de intensificação da judicialização da saúde no Brasil. Em relação aos objetivos específicos, procurou-se resgatar historicamente como tal processo se desenvolveu (e vem se desenvolvendo) e por fim identificar quais as proposituras legais mais recentes que caracterizam a judicialização da saúde. Neste trabalho, em nenhum momento se objetivou tratar especificamente das demandas judiciais concernentes à saúde.

Não obstante ter sido a judicialização o conceito central desta análise, foram estabelecidas sub conceitos que auxiliassem a construção de uma visão com maior criticidade em relação a questão central. Assim, o “direito social”, a cidadania e a política da saúde se constituíram em pilares analíticos que corroboraram na busca de um maior aprofundamento sobre o objeto.

Para atingir os objetivos supra mencionados, desenhou-se um percurso metodológico, pois a metodologia conforme Lima e Miotto (2007) é o caminho que define as etapas da investigação científica, conjunto de técnicas e conteúdos teóricos que vão auxiliar o pesquisador na escolha do método a ser adotado para compreender o objeto.

Para a realização desta pesquisa foi adotado o método do materialismo histórico dialético, o qual busca compreender os processos da realidade para além de sua imediatez, considerando as categorias: totalidade, historicidade, mediação e a contradição.

Destarte, segundo Karl Marx o método é o meio pelo qual o pesquisador tem a capacidade intelectual de sistematizar a realidade e reproduzi-la no plano ideal, do pensamento, ou seja, não existe teoria sem método, pois este é um dos elementos que constitui a teoria social de Marx.

A teoria é, para Marx, *a reprodução ideal do movimento real pelo sujeito que pesquisa*: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto (NETTO, 2011, p.21).

A preferência pelo método dialético se deu pelo fato de ser uma possibilidade de romper com a pseudoconcretidade dos fenômenos, que segundo Kosik apud Behring e Boschetti (2011), é uma visão de mundo que não busca as mediações necessárias para compreender a realidade na sua essência. Portanto, o método usado permite o pesquisador realizar aproximações sucessivas do seu objeto de estudo, de modo a apreender a sua dinâmica e estrutura, reproduzindo no plano ideal a essência do objeto estudado.

Trata-se portanto, de uma análise advinda de uma revisão de literatura do tipo narrativa, através da qual foi realizado um levantamento bibliográfico no período de janeiro a agosto do ano em curso, acerca da judicialização e seu entorno em fontes consideradas científicas tais como: livros, artigos científicos, teses de doutorado e dissertações de mestrado. Importa ressaltar que

“revisão narrativa” não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. A busca pelos estudos não precisa esgotar as fontes de informações. Não aplica estratégias de

busca sofisticadas e exaustivas. A seleção dos estudos e a interpretação das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos autores. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (INSTITUTO DE PSICOLOGIA - USP, s.d., n.p.).

Contudo, apesar da flexibilidade que esse tipo de revisão possibilita ao pesquisador, foram estabelecidas quatro etapas na realização desta revisão sobre judicialização da saúde. Na primeira etapa construiu-se a questão norteadora da pesquisa, bem como se estabeleceu os objetivos geral e específicos. Em seguida, passou-se a fazer um levantamento bibliográfico considerando-se todo o material físico e virtual disponível sobre o tema mencionado. Na terceira etapa e já tendo obtido a base teórica argumentativa inicial, passou-se a identificação das categorias analíticas secundárias. Na última etapa promoveu-se a síntese da revisão expressa nos capítulos deste trabalho.

Vale ainda uma última ressalva de VOSGERAU et al (2014) quando reafirmam que

Os estudos de revisão consistem em organizar, esclarecer e resumir as principais obras existentes, bem como fornecer citações completas abrangendo o espectro de literatura relevante em uma área. As revisões de literatura podem apresentar uma revisão para fornecer um panorama histórico sobre um tema ou assunto considerando as publicações em um campo. Muitas vezes uma análise das publicações pode contribuir na reformulação histórica do diálogo acadêmico por apresentar uma nova direção, configuração e encaminhamentos (VOSGERAU et al, 2014, p.167).

No sentido de adensar ainda mais a reflexão, recorreu-se a pesquisa documental. Assim, como forma de fundamentar e validar o estudo valeu-se da coleta de informações estatísticas fornecidas por bancos de dados de instituições públicas, projetos de lei e documentos históricos legais, como a C.F. de 1988. Ademais, também foram coletados dados do Portal da Câmara dos Deputados, sites do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Justiça, Jornal Online (GGN) e da Secretária de Estado da Saúde da Paraíba.

A pesquisa documental é um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais porque a maior parte das fontes escritas – ou não – é quase sempre a base do trabalho de investigação. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da

pesquisa, pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar. Apresenta-se como um método de escolha e de verificação de dados; visa o acesso às fontes pertinentes, e, a esse título, faz parte integrante da heurística de investigação (SÁ-SILVA et al, 2009, p.13).

O trabalho se encontra organizado em dois capítulos. No primeiro capítulo a priori foi realizado um incursão sobre a política de saúde no Brasil correlacionando com seus fundamentos históricos, elucidando o marco legal em que a saúde se consolidou como um direito social fundamental. Em seguida, objetivou-se expor a progressiva desconstrução que os princípios do SUS vêm sofrendo com a ofensiva neoliberal, que tendeu favorecer os interesses do mercado privado, reforçando a dualidade presente no sistema nacional de saúde brasileiro (público versus privado).

No segundo capítulo buscou-se tratar sobre a origem dos direitos humanos no mundo, enfatizando a construção da cidadania e dos direitos sociais no Brasil, para posteriormente, ilustrar que o acesso universal da saúde que foi circunscrito na C.F. de 1988, vem sendo veemente infringido pelo Estado, cedendo espaço assim para uma maior intervenção do judiciário na política de saúde que gera efeitos negativos no orçamento e na execução desta política. Buscou-se ainda neste capítulo, sinalizar os meandros que caracterizam a judicialização da saúde, colocando em pauta outras alternativas e processos que vêm sendo construídos.

CAPÍTULO I - A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo procurou-se fazer uma análise sobre a política de saúde brasileira situando-a em suas contradições, pois ao mesmo tempo em que funcionou como respostas as necessidades da classe trabalhadora, constituiu-se enquanto campo estratégico para o capital extrair lucros rentáveis.

Primeiramente, foi realizado um resgate histórico sobre a formação da política de saúde no Brasil, traçando os elementos em que a saúde se firmou enquanto questão política, direito vinculado ao trabalho, até se consolidar como um direito social na reabertura política, ressaltando os feitos que foram cruciais para a criação do SUS, como o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e a VIII Conferência Nacional da Saúde. Adiante, a abordagem girou em torno dos descaminhos do SUS após a adoção da política econômica neoliberal, que com sua proposta de um Estado mínimo tendeu a sucatear a saúde pública e manter os interesses do mercado, desrespeitando todos os princípios que foram consagrados na C.F. de 1988.

1.1 Política de Saúde e seu desenvolvimento histórico no Brasil

Para compreender o desenvolvimento histórico da política de saúde no Brasil, segundo Polignano (2001), é necessário considerar a particularidade de sua formação histórica, política, econômica e social. A saúde nunca ocupou um espaço prioritário na agenda governamental, somente em situações em que as endemias e as epidemias afetavam a base econômica e social, uma vez que sua trajetória histórica sempre esteve submetida aos avanços do capitalismo.

Nos anos iniciais do período colonial, não existia modelo de atenção à saúde destinado a população, pois esta se restringia ao uso das ervas medicinais e ao conhecimento dos curandeiros. Assim, tal situação passou a sofrer pequenas modificações, conforme Polignano (2001), com a chegada da família real no Brasil quando naquela altura, houve uma preocupação em criar medidas para garantir o controle sanitário na capital. Em suma, nessa época o Estado não reconhece a questão de saúde como uma questão política e devido à ausência de uma

assistência médica, foram surgindo os primeiros tipos de personagens aptos a prestar serviços na área de saúde, os boticários.

Com o advento da República Velha, as ações de saúde pública começaram a se desenvolver, pois foi neste cenário que a questão de saúde passou a ganhar respaldo político, em que foram criadas as primeiras redes estatais que tratavam a saúde. A cidade do Rio de Janeiro neste período vivenciou um momento de intensas endemias e epidemias e isso não trouxe consequências apenas para a saúde coletiva, mas estreitou as relações comerciais do Brasil com o comércio exterior. Portanto, o Estado, ainda de acordo com Polignano (2001), se posicionou nomeando diretores para o Departamento Federal de Saúde Pública para que desenvolvessem ações para controlar o quadro epidemiológico, um dos modelos de atenção à saúde adotado, foi o modelo campanhista de cariz repressivo proposto pelo Oswaldo Cruz.

Na era Vargas, o incipiente processo de industrialização no país, a urbanização e a influência dos imigrantes europeus levaram a classe operária brasileira a se organizarem e lutar pelos seus direitos trabalhistas, em decorrência disso, o Estado juntamente com o empresariado buscaram formas para dar respostas às reivindicações do operariado, e uma dessas formas foi a aprovação da Lei Eloy Chaves, considerado um fato marcante na criação da previdência social no Brasil e com isso, foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP's) que possibilitou algumas categorias profissionais estratégicas acessarem a saúde por meio da assistência médica previdenciária presidida pela lógica da contribuição. Então, foi por intermédio da previdência social brasileira que nasceu a assistência pública de saúde voltada para os trabalhadores formais urbanos.

Sob a égide do Estado Novo (1937-1945), segundo Polignano (2001) o governo buscou ampliar a previdência social, substituindo as CAP's pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) que posteriormente no ano de 1967 foram unificados resultando na implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ainda nesse contexto político, as ações voltadas para a saúde se reduziam a meros aspectos normativos e burocráticos em que os médicos não podiam participar das decisões sanitárias. Vale salientar, alguns acontecimentos que foram relevantes no desenrolar da saúde pública no que tange os anos de 1930 a 1960, como sua institucionalização, a Reforma Barros Barreto em 1941 e a criação do Ministério de Saúde (MS) em 1953.

Com a crise do regime populista, houve a ascensão ao poder do governante Juscelino Kubitschek, que tinha como objetivo governar 50 anos em 5, o chamado plano de metas, por intermédio segundo Luz (1991) de um novo modelo de desenvolvimento econômico atrelado ao capital industrial. Neste período reconhecido historicamente como desenvolvimentista, o país abriu as portas sem precedentes para o capital estrangeiro. No que concerne às políticas de saúde no Brasil, esse novo projeto não trouxe alterações significativas na assistência à saúde para a população, uma vez que reforçou a polarização entre o modelo de atenção campanhista e curativista, dando prioridade a atenção médica individual, por alocar lucros rentáveis ao capital.

Desta forma, tanto o modelo campanhista que era dominante nas instituições de saúde pública, como o modelo curativista preponderante na assistência médica previdenciária, ainda em consonância com Luz (1991) permaneceram burocráticos, ineficazes e rotineiros. A falta de capacidade das instituições atenderem as reais necessidades das demandas de saúde da população foi visto como um problema de ordem estrutural, institucional e política, e em resposta a isto nos anos 60, o movimento social das elites progressistas que lutavam pelas reformas de base, lança a defesa por uma reforma sanitária.

Em 1961, João Goulart assumiu a presidência do Brasil de acordo com Cardoso (2015) em um contexto de crise econômica, aumento da inflação, eclosão dos movimentos sociais e apreensão por parte dos militares. Em face destas questões o presidente apresentou o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social, elaborado pelo economista Celso Furtado, com o propósito de nortear as ações governamentais, de forma a garantir um desenvolvimento econômico alinhado a reformas sociais. Vale ressaltar, que o plano do governo transitório de João Goulart divergiu daquilo que era preconizado pelos países capitalistas cêntricos.

Neste período para Cardoso (2015), as condições sanitárias da sociedade brasileira se encontravam caóticas, devido a uma crescente proliferação de doenças que poderiam ser evitadas. Diante desse quadro sanitário, houve a urgência de levantar dados sobre a situação da saúde pública e discutir proposições que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida da população, por conseguinte, em 1963 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contemplou três eixos temáticos, tendo como eixo principal, a criação e implementação de um Plano Nacional de Saúde. À vista disso, João Goulart esteve de acordo com as

questões que foram pautadas na III CNS, pois diferente dos governos anteriores, este compreendia que traçar mudanças na saúde seria tão cruciais quanto o desenvolvimento do país.

Em consonância com Cardoso (2015) João Goulart no seu mandato ainda alegou a importância de ser considerado nas diretrizes da saúde o planejamento e a unificação das ações e serviços médico-sanitários, de modo que a assistência à saúde alcançasse os segmentos mais empobrecidos das grandes cidades e da zona rural. Portanto, em seu governo foi sinalizado a emergência de reformas, principalmente no âmbito da saúde, com a elaboração de um plano nacional que levasse em consideração a distribuição de serviços por municípios, ou seja, João Goulart apontava para a consolidação de uma reforma sanitária. Porém, as pretensões progressistas democratizantes adotadas foram abortadas pelo golpe militar de 1964.

No regime militar (1964-1985) a privatização da saúde foi acentuada, já que o governo flexibilizou espaços para o mercado, formando assim um complexo sistema médico-industrial, com ênfase no modelo hospitalocêntrico, o qual privilegiava a medicina curativa em detrimento de ações preventivas e promocionais de saúde, por essa razão os recursos enviados ao MS que era responsável pela medicina preventiva foram poucos, impossibilitando o desenvolvimento de ações de saúde pública, fazendo com que os problemas de saúde coletiva não fossem resolvidos, deixando a população à mercê de epidemias e endemias. Em virtude da complexidade financeira e administrativa que se encontrava dentro do INPS com a formação do sistema médico-industrial, conforme Polignano (2001) houve a necessidade de criar uma estrutura administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Sumariamente, na ditadura militar, cabe destacar algumas ações apontadas por Polignano (2001), no setor da saúde pública, como a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) em 1970, direcionada para o controle de endemias, a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975, que definiu quais eram as ações que deveriam ser executadas nos setores públicos e privados, e por último o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) iniciado em 1976, este representou um marco crucial no âmbito da saúde, pois permitiu a entrada dos técnicos advindos do movimento sanitário na instância do Estado, além de ampliar a rede ambulatorial pública.

Contrário ao sistema de saúde que estava em vigor na ditadura emergiu, segundo Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006) um movimento de cariz intelectual e político, que criticava o modelo de atendimento à saúde hospitalocêntrico. Desse modo, no ano de 1976 foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), o qual teve um papel primordial na disseminação das ideias que eram defendidas pelo MRSB.

Em 1975 a legitimidade do poder autocrático burguês passou a ser questionada, e o regime político e econômico da ditadura militar começou a entrar em declínio, visto que a nível mundial o sistema capitalista entrou em um período de crise e o Brasil era dependente do desenvolvimento da economia internacional, em decorrência disto segundo Escorel (2008), foi desencadeada uma série de consequências sociais, como o desemprego, marginalidade e a redução salarial. Paralelamente, a assistência médica previdenciária enfrentou uma crise, pois esse modelo assistencial deixava maior parte da população desassistida das ações e serviços de saúde, não dando conta de solucionar os problemas de saúde coletiva, já que priorizavam serviços curativistas.

Nesta feita, conforme Miranda (2010) o governo criou o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, com a finalidade de propor alternativas capazes de reverter o modelo previdenciário que estava em crise. O plano do CONASP implementou como uma de suas medidas as Ações Integradas de Saúde (AIS) a qual visava um modelo de assistência que integrasse o setor público, no sentido que as ações curativas fossem articuladas com as ações preventivas. Convém ratificar, que este conselho reservou cargos importantes a alguns técnicos que estavam vinculados ao movimento sanitário.

1.2 Movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A conjuntura em que se firmaram as ideias de uma reforma sanitária foi marcada por um lado, pelo esgotamento de um modelo de desenvolvimento político e econômico adotado pelo regime militar e por outro, pelo pressionamento dos

movimentos sociais que lutavam por um reordenamento político, social, econômico e cultural, ou seja, um estabelecimento de uma nova ordem sociopolítica no país.

Em concordância com Paim (2008), a luta da reforma sanitária não se restringia a construção de um SUS, posto que a composição de suas forças políticas adveio dos setores populares que reivindicavam por direitos sociais e democracia. Concomitante a essa quadra histórica, a assistência pública à saúde se limitava a campanhas sanitárias insuficientes, demonstrando assim a falta de investimentos e vontade política no setor de saúde pública. Por conseguinte, a redemocratização se constituiu como um cenário favorável aos interesses da MRSB.

Logo, o MRSB foi articulado entre os anos de 1970 e 1980, sendo composto primeiramente pelos intelectuais universitários e profissionais da saúde, que mais tarde possibilitou a adesão de outros segmentos da sociedade (centrais sindicais, movimentos populares da saúde, etc.). Esse movimento, segundo Fleury (2009), para construir suas ideias em relação ao âmbito da saúde teve como bases teóricas, a concepção marxista do Estado e a leitura crítica do campo da saúde coletiva, contribuindo para que a saúde fosse compreendida amplamente, pois foi vislumbrado que a saúde não se resumia apenas aos aspectos biológicos, uma vez que os determinantes sociais são fatores que influenciam de forma incisiva no processo saúde-doença.

As principais proposições defendidas pelo MRSB eram de acordo com Bravo; Matos; Araújo (2001), a criação do SUS e uma nova concepção de saúde presidida pelo princípio da universalidade, em outras palavras, o movimento sanitário cobrava reformas estruturais para sistematizar uma nova política de saúde, como um direito de todos e dever do Estado, em que todos que foram excluídos através das relações sociais produzidas historicamente pudessem ter acesso igualitário aos três níveis de atenção a saúde (atenção básica, média e alta complexidade).

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi segundo Bravo; Matos; Araújo (2001), significativa no que se refere ao debate do acesso à saúde no Brasil, por ter como principais temáticas: a reforma do sistema nacional de saúde, a saúde como direito presidido pela lógica da cidadania e a base do seu financiamento.

Essa conferência cumpriu o papel de mobilizador das energias sociais para a formulação de uma nova Política Nacional de Saúde,

fomentando o debate que amadureceu em seguida, sob a forma de emendas populares à Constituição Federal, no capítulo que trata da saúde - a Lei Orgânica da Saúde. Provocadas pela convocação da VIII Conferência, propostas para debate foram elaboradas pela parcela da sociedade civil organizada nos mais diversos movimentos sociais em saúde – pastorais da saúde, agentes de saúde das dioceses, Mops e outros movimentos, assim como as entidades representativas do setor médico que se alinhavam com o movimento sanitário, entre elas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes e sindicatos (COSTA, 2007, p.91).

No ano seguinte, em 1987, como uma tentativa do governo buscar um consenso frente às lutas em prol da garantia de direitos, como direito à saúde, e amenizar a efervescência do movimento sanitário, foram criados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que de acordo com Reis; Araújo; Cecílio (2009) abriram caminho para que a municipalização acontecesse posteriormente com a implantação do SUS, isto é, o SUDS se constituiu como um processo transitório para a criação do SUS.

Em relação à saúde, conforme expressa Bravo; Matos; Araújo (2001) a C.F. de 1988 abarcou grande parte do que vinha sendo proposto pelo Movimento da Reforma Sanitária e do relatório que foi emitido pela VIII Conferência Nacional de Saúde. A Carta Magna de 1988 incluiu os conceitos de: universalidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular, sendo estes os princípios doutrinários do SUS, além de reservar quatro artigos (art. 196-200) que tratam da sua regulamentação. A política de saúde nesta carta passou a compor o tripé da Seguridade Social (Assistência Social, Saúde e Previdência Social), com o intuito de articular essas três políticas sociais, para garantir a proteção social da população.

Diante disto, a edificação de um sistema de saúde não se dá de maneira consensual, e sim é resultado de uma arena de disputa que envolve diversos interesses políticos e econômicos. Dessa forma, o SUS foi criado no limiar da C.F. de 1988, fruto de lutas tanto da categoria profissional de saúde como da organização da sociedade civil.

Seu arcabouço legal, conforme Bravo; Matos; Araújo (2001), é composto pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 que define a organização e funcionamento das ações (promoção, proteção e recuperação) e serviços de saúde, e a Lei 8.142 que dispõe dos mecanismos de participação da sociedade civil na

gestão, implementação e fiscalização da política de saúde (Conselhos de saúde e Conferências), bem como das exigências necessárias para que haja o repasse de recursos financeiros entre as três esferas do governo no âmbito da saúde. Essas leis foram editadas em 1990, ano em que foi implantado. Apesar do SUS ter nascido em um ambiente democrático a sua regulamentação e gestão se deu em uma conjuntura completamente desfavorável aos princípios democráticos e universalizantes.

Segundo Rizzotto (2014), o SUS foi instituído com a intenção de superar a divisão no campo da saúde existente desde a Era Vargas em 1930, entre o modelo médico assistencial privatista que privilegiava a medicina curativa em detrimento de ações preventivas e promocionais de saúde, e o setor público, o qual ficava em segundo plano na agenda governamental.

1.3 Inflexões neoliberais e seus impactos no Sistema Único de Saúde

As mudanças retrógradas no setor da saúde são reflexos das transformações políticas e econômicas que ocorreram em nível mundial, com as medidas usadas pela burguesia para a saída da crise nos anos de 1970, a reestruturação produtiva, a mundialização do capital e o projeto neoliberal, que recebeu de acordo com Mota (2009), suas bases doutrinárias e políticas no Consenso de Washington, sendo capitaneado pelos países periféricos, inclusive pelo Brasil no ano de 1990, em que esse projeto neoliberal foi a base política e ideológica para a realização da contrarreforma¹ do Estado.

O projeto neoliberal em 1990 no Brasil encontrou um espaço fértil para o fortalecimento de seus princípios, como a privatização e a redução da responsabilidade do Estado na área social, se contrapondo assim aos princípios democráticos que foram estabelecidos na C.F. de 1988. Desse modo, devido às políticas de ajustes fiscais neoliberais em nome do equilíbrio macroeconômico, o campo das políticas sociais, segundo Behring (2008) foi afetado com os desvios de recursos para a formação do superávit primário destinado ao pagamento dos juros da dívida interna e externa, principalmente a política de saúde de caráter universal,

¹ Para uma melhor análise desta temática ler Behring (2008).

pois esta nos governos de Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso passaram por profundas modificações.

No governo Collor de Melo as propostas de privatização e de um Estado mínimo, de acordo com Polignano (2001) começaram a serem implementadas, pois a privatização era concebida como um meio eficiente para conter os gastos públicos. No que concerne à saúde, as ideias que foram capitaneadas pelo projeto ideopolítico neoliberal, tinham como objetivo fragmentar as ações e serviços de saúde por intermédio das alterações no sistema de financiamento dessa política. Mediante a isso, o governo passa a editar os documentos que orientaram a implantação do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que segundo Polignano (2001), são dispositivos que tem como propósito regulamentar a sistematização das ações de saúde, os aparelhos de controle social, bem como também o repasse de recursos financeiros intergovernamentais.

Destarte, ao ser editada a primeira NOB em 1991 (NOB 01/91), houve um redirecionamento nos parâmetros exigidos para que os municípios e Estados recebessem os recursos financeiros advindos da União, pois diferente do que foi estabelecido no artigo 35 da Lei nº 8.080, os critérios estavam voltados mais para quantidade dos serviços produzidos no campo da saúde. A partir disso foi imposto um modelo de atenção à saúde focado, mais na quantidade de serviços produzidos, do que na qualidade. Foi nesse contexto que houve segundo Reis; Araújo; Cecílio (2009) a criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), formada por representantes do MS, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde, a CIT foi relevante por ter revigorado a concepção de gestão colegiada do SUS.

Posteriormente, foi prescrita a NOB de 1993, que conforme Polignano (2001) buscou ultrapassar aquilo que tinha sido consolidado pela NOB 91 e o que estava declarado na C.F. de 1988 e nas leis que normatizaram o SUS. Essa NOB criou formas de gestão diversificadas (incipiente, parcial, semi-plena) distribuídas de acordo com a capacidade dos municípios, e mediante o tipo de gestão que estava implantada no município, era estabelecido critérios diferenciados para a transferência de recursos financeiros. Mesmo com a implantação desta NOB, não foi possível obter avanços em relação aos princípios da reforma sanitária, permanecendo o modelo de atenção à saúde presidido pela lógica assistencial, fragmentada e pela abordagem hospitalocêntrica e curativista.

Em 1993 também foi criada a Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), composta “[...] paritariamente por representantes do governo estadual indicados pelo secretário estadual de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Cosems de cada estado” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 377-378). Sua criação teve o intuito de orientar a operacionalização da implantação do SUS.

Portanto, foi com os princípios neoliberais presente no governo Collor, que as políticas sociais que conformam a Seguridade Social (Previdência Social, Saúde, Assistência Social) começaram a ser atingidas, passando então por um processo de regressão. Todavia, parafraseando Behring (2008), só foi no governo de Fernando Henrique Cardoso que os ajustes neoliberais se consolidaram, isto é, a contrarreforma do Estado que estava atrelada as estratégias do capital internacional em sua face mais ofensiva se particularizou na realidade brasileira, por intermédio dos processos de privatização, abertura comercial, reformas orientadas para o mercado, desnacionalização da economia brasileira e um forte incentivo de entrada do capital estrangeiro. Fernando Henrique Cardoso ditava que essas medidas eram precisas, para superar a crise que ficou denominada de crise do Estado, já que este estava sobrecarregado, exercendo funções que poderiam ser deslocadas para o setor privado.

No decorrer deste governo, segundo Behring (2008), foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), gerido por Bresser Pereira que defendia veemente a contrarreforma do Estado. A sustentação ideológica e política dessa contrarreforma pautou-se na justificativa de que o país precisava se integrar a economia globalizada, mas para isso era necessário o Estado passar por uma “reforma”, substituindo sua administração burocrática com traços patrimonialistas e de funcionalismo público por uma administração de cultura gerencial baseada na lógica empresarial.

Os condutores da “reforma” certificavam que além de ser eficiente e flexível iria trazer resultados a curto prazo, e só dessa forma o Estado poderia se tornar competitivo e garantir o desenvolvimento econômico brasileiro ajustado a uma economia internacional. Sobretudo, buscou-se a descentralização do Estado desresponsabilizando-o de muitas de suas funções, transferindo-as para o setor

privado, ou seja, abrindo espaço para que as organizações públicas não-estatais atuassem.

A contrarreforma vinculada ao ajuste estrutural, com intuito de garantir o processo de acumulação do grande capital, procurou expropriar os direitos sociais que foram institucionalizados na C.F. de 1988, e com isto a área das políticas sociais sofreu impactos, ficando a mercê do trinômio neoliberal: privatização, descentralização e focalização.

Sem dúvidas, a política de saúde não ficou isenta deste retrocesso, uma vez que de acordo com Soares (2010) aprovado o projeto de Reforma Administrativa do Estado, a saúde deixou de ser responsabilidade exclusiva do Estado, dando margem para que os serviços de saúde fossem prestados por organizações sociais. Sendo assim, iniciou-se as implementações de um novo modelo de gestão na saúde, que intensificou a precarização do SUS e privilegiou a entrada institucionalizada do mercado privado na saúde.

Sob a égide deste governo, foi editada a NOB 96 que em conformidade com Soares (2010) incorporou de maneira contraditória tanto princípios democráticos do SUS quanto princípios da contrarreforma do Estado. Foi nesta NOB que se consubstanciou a municipalização da saúde, que a priori foi pensada no sentido de trazer avanços para a política de saúde, na medida em que atribuía responsabilidades aos municípios de acordo com o seu porte na prestação de serviços. Contudo, as experiências da municipalização não se efetivaram plenamente da forma cogitada pelo MRSB, visto que a tendência foi assimilar as orientações do Banco Mundial (BM), centrando as responsabilidades da assistência à saúde na esfera municipal, mediante ações e serviços básicos, pontuais e fragmentados de saúde.

Segundo Polignano (2001) a NOB 96 alterou a maneira de repasse dos recursos financeiros da esfera federal para os municípios, tendo assim como referência um valor fixo per-capita, Piso Assistencial Básico (PAB), que deu uma maior autonomia para que os municípios criassem novos modelos de atenção à saúde, possibilitando assim a contratação de serviços privados.

Ainda na gestão de Fernando Henrique Cardoso, com a NOB 96, buscou-se expandir, em consonância com Soares (2010) a cobertura dos serviços de saúde por meio da ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACs) que priorizavam conforme Cavalcanti (2000) a matricialidade sócio familiar. Contudo,

Apesar da inovação da NOB/96, o financiamento da saúde apresentava-se como um dos principais empecilhos para a consolidação e o fortalecimento de uma gestão descentralizada. Em resposta, o ministro do governo de Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, elaborou a proposta de criação de um imposto específico voltado para a saúde: a contribuição provisória sobre movimentação orçamentária (CPMF) e a Emenda Constitucional 29 (EC 29) de outubro de 2000, que propôs repasse de recursos para o setor saúde das três esferas de governo. Adib Jatene esforçou-se para garantir a contribuição provisória sobre as movimentações financeiras (CPMF). O recurso da CPMF acabou como substituto das receitas orçamentárias anteriores à aprovação da contribuição provisória. Quanto a Emenda Constitucional 29, apesar de ter representado um grande avanço na garantia de receita para a política de saúde (por definir a participação de cada esfera no financiamento do SUS com garantia de repasse de um percentual mínimo do montante dos recursos arrecadados em cada esfera de governo), não surtiu grandes efeitos. Isto se explica pelo fato da EC 29 não ter sido efetivamente cumprida desde sua proposição em setembro de 2000 (FERNANDES et al, 2011, p.338).

Porém, dada a multiplicidade das investidas do projeto neoliberal na saúde, a ampliação do PSF em concordância com Soares (2010) não se materializou por meio de uma atenção básica capaz de organizar os serviços de saúde dentro de uma perspectiva preventiva e universalizante, mas por meio de uma atenção básica focalizada na pobreza. Cumpre destacar, que apesar do PSF ter sido concebido como prioridade da política de saúde pública, se caracterizou como um programa que desenvolve ações precárias com uma equipe mínima.

Ainda em meados de 1990, a política pública de saúde vai ser vislumbrada através da disputa, como afirma Bravo; Matos; Araújo (2001) entre dois projetos, o Projeto da Reforma Sanitária que defendia um novo modelo de saúde como direito de todos e dever do Estado, em que o acesso às ações e serviços de saúde fossem universal, igualitário, equitativo e integral, e o Projeto Privatista que concebia a saúde como mercadoria, fundamentado na política de ajuste fiscal, que defendia um Estado mínimo na prestação de serviços, com ações básicas e focalizadas de saúde, para aqueles que não tinham condições de acessar a esfera privada, o qual se torna hegemônico desde meados de 1990.

Então, foi a partir das inflexões neoliberais que os organismos internacionais, especialmente o BM passaram a orientar a formulação das políticas sociais. De acordo com Rizzotto (2014), o BM começou a despertar um interesse pelo setor da saúde pública pelo fato de este movimentar uma quantidade considerável de recursos que correspondia aos interesses do capital.

Diante disto, no que se refere à saúde, as propostas elaboradas pelo BM, apresentavam uma reatualização do modelo médico assistencial privatista, em que o setor privado não participaria de forma complementar, formando assim um sistema dual ao SUS, ou seja, o BM defendia a formação de um sistema nacional de saúde constituído por um sistema público e um sistema privado, sendo o sistema público direcionado aos mais pobres e o privado para quem pode pagar.

Mantendo traços similares com os governos anteriores, a gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, caracterizou-se como assinala Fagnani (2011) por ter dado continuidade a política econômica neoliberal e aperfeiçoado as reformas liberalizantes que tendiam a favorecer os interesses do grande capital financeiro internacional e nacional na medida em que desconstruía os direitos sociais, e isso expressa uma incoerência em suas propostas de governo, já que antes de ascender ao poder Lula da Silva se propôs a defender a risca o projeto da classe trabalhadora.

No seu primeiro mandato, no que concerne ao campo das políticas sociais, dividido entre consolidar um padrão de proteção social inspirado na C. F. de 1988 e um padrão dentro dos limites de um Estado Mínimo, Lula da Silva optou por dar seguimento a uma política de contenção nos gastos públicos de modo a interceptar recursos para o pagamento dos juros da dívida, elaborando uma agenda de reformas retrógradas.

O curto governo Collor de Mello (1990-92) e os dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso — FHC (1995-98/1999-2002) foram mais explícitos na sua rejeição aos preceitos constitucionais favoráveis à ampliação dos direitos sociais no país. Mas o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, sobre quem recaíram as esperanças das esquerdas de se contrapor às políticas neoliberais de seus antecessores, também não se mostrou, nos seus dois mandatos (2003-06/2007-10), fiel seguidor desses preceitos. Ao contrário, conforme Oliveira (2010), e contra todas as expectativas, Lula seguiu a senda neoliberal aberta por Collor e alargada por FHC, para acabar por aumentar a autonomia do capital. Assim, ao fim e ao cabo, “se FHC destruiu os músculos do Estado para implementar o projeto

privatista, Lula [destruiu] os músculos da sociedade, que já não se opõe às medidas de desregulamentação” (p. 375) adotadas desde antes do seu governo (PEREIRA, 2012, p. 741).

Seguindo as recomendações dos organismos multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o BM, as políticas sociais no governo de Lula da Silva segundo Fagnani (2011) permaneceram sendo formuladas sob a perspectiva focalista, compensatória e residual voltadas para os mais pobres, tendo em vista que o escopo do governo nunca foi superar a desigualdade, mas mitigá-la, de forma a manter a aparência de que o poder público se preocupou em atender algumas necessidades sociais da população. Isto pode ser vislumbrado, na ênfase dada pelo governo aos programas de transferência de renda, que concedeu aos estratos mais pobres da sociedade o poder de compra, de maneira que fosse funcional ao capital, movimentando o mercado e transformando os beneficiários em cidadãos de consumo.

Em meados dos anos 2000, de acordo com Krüger (2014), os ideários da política neoliberal passaram a ser alvo de críticas pelos seus próprios pensadores, pois perceberam que mesmo com suas estratégias de privatização, redução dos gastos na área social e liberalização comercial, não foi surtido o efeito esperado que era permitir o crescimento econômico e o desenvolvimento social. Em decorrência disso, foi aberto espaço para a emergência de uma ideologia de caráter neoconservador que deu respaldo ao novo projeto de desenvolvimento para o Brasil, que emergiu no segundo mandato do governo de Lula da Silva e teve continuidade no governo Dilma Rousseff denominado novo desenvolvimentismo, que encontrou suas bases no cenário internacional, através da inserção do país ao mercado mundial.

O objetivo desse novo desenvolvimento, em 2006, segundo Castelo (2012), era garantir o dinamismo do capitalismo articulado aos programas de transferência de renda, com vistas a reduzir a extrema pobreza, propondo então uma combinação entre o crescimento econômico e o desenvolvimento social, como comprovação, para Fagnani (2011) o governo brasileiro lançou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), intentando estimular o crescimento da economia brasileira investindo em serviços de infraestrutura socioeconômica.

Com a crise financeira instalada em escala mundial no ano de 2008, houve conforme Fagnani (2011) um enfraquecimento da hegemonia neoliberal, abrindo brecha para que houvesse maiores investimentos no campo social por parte do Estado. Contudo, a bem da verdade, a gestão de Lula da Silva se configurou por persistir em conciliar interesses de classes contraditórias, na medida em que este buscou consolidar um sistema de proteção social presidido pela convergência entre focalização e universalização, ao mesmo tempo, que aprovou duas reformas estruturais, a Reforma Tributária e a Reforma da Previdência Social, além do projeto das Parcerias Público-Privado (PPP).

Destarte, em conformidade com Krüger (2014), até a metade dos anos 2000 foi possível perceber no campo da saúde a reafirmação da disputa entre dois projetos, o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, porém essa disputa acaba se diluindo, com a conciliação entre ambos, formando uma terceira perspectiva no campo da saúde, a revisionista, que comunga ideias de cunho liberal com proposições progressistas flexibilizadas.

No governo de Lula da Silva, é importante destacar alguns elementos inovadores em relação à política de saúde, que poderiam contribuir para o fortalecimento do projeto da Reforma Sanitária, como:

[...] o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a sua realização em dezembro de 2003 e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde (BRAVO 2004 e 2006 *apud* BRAVO; MENEZES, 2008, p.18).

Todavia, o MRSB que já vinha perdendo forças políticas desde as investidas da política neoliberal em 1990, sofreu de fato como afirma Soares (2010) um transformismo na gestão de Lula da Silva, posto que os seus princípios democráticos foram ressignificados para se adequarem a perspectiva dos defensores da contrarreforma na política de saúde, por intermédio das chamadas inovações. Sendo esta uma forma que o governo encontrou de mascarar a negação da reforma sanitária.

Ainda nesse governo, em 2002, foi editada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), que realçou o processo de regionalização, contribuindo para a criação de ferramentas que melhorassem a capacidade de gestão do SUS. Vale enfatizar, que em 2003 foi sancionada a Política Nacional de Humanização (PNH), que “[...] tem como diretriz atuar no cotidiano incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários” (BRASIL 2004 apud KRÜGER, 2014, p. 223).

Entretanto, essa concepção está mais voltada para um viés conservador, por não levar em consideração determinantes estruturais, os quais impedem a garantia de uma atenção à saúde humanizada, ou seja, a humanização não depende de vontade profissional mas, sobretudo de condições objetivas. Nesse contexto também foi criada, no âmbito da assistência farmacêutica, as farmácias populares, que inseriu “[...] na prática, o co-pagamento na aquisição de medicamentos o que colide com as diretrizes do SUS que prevê atendimento integral à saúde, incluindo a assistência farmacêutica” (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 21).

Mais tarde, no ano de 2006, se constituiu o Pacto pela Saúde, compreendido segundo Reis; Araújo; Cecílio (2009), como um conjunto de mudanças expressivas nas relações institucionais e aperfeiçoamento da gestão do SUS, os gestores ao aderirem esse pacto firmam um acordo que contempla um compromisso entre eles em três dimensões, o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse pacto traz em seu interior uma nítida contradição, por incorporar tanto proposições da reforma sanitária como elementos dos demais projetos em disputa.

Ainda em relação ao Pacto, Fernandes et al (2011) acrescentam que

Um ponto crítico do Pacto de Gestão diz respeito aos blocos de financiamento (SANTOS; ANDRADE 2007). Estes constituem caixas de transferências de recursos vinculados aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde. Os recursos repassados pelo Ministério da Saúde ainda encontram-se atrelados a programas como Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabete, saúde da mulher e da criança, entre outros, sem garantia para outras ações que atendam ao quadro epidemiológico do município. Dessa forma, os municípios encontram dificuldades para definir em seus planos municipais de saúde estratégias próprias de construção da política de saúde local. Como afirma Mendes (2005), a política de financiamento do governo federal mina as autonomias política, financeira, operacional e administrativa da gestão local (FERNANDES et al, 2011, p.340).

No ano de 2007 de acordo com Soares (2010) o BM em seu relatório sobre o SUS centralizou todos os problemas do sistema de saúde para o setor da gestão, de forma implícita esse documento propunha modificações na modalidade de gestão da política de saúde, com isso o governo por meio do MS e do Ministério do Planejamento, elaborou e enviou ao legislativo o Projeto de Lei 92/2007, preconizando a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, inaugurando assim uma nova forma de privatizar o SUS por via da gestão.

Como prova disso, em consonância com Souza; Littike; Sodré (2013) iniciou-se uma reforma gerencial no interior das instituições hospitalares públicas responsáveis pela alta e média complexidade (Hospitais Universitários Federais), com a fundação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), pela Lei 12.550 e autorizada pelo Poder Executivo por meio da Medida Provisória (MP) 520/2010.

Portanto, foi notável um paradoxo no governo de Lula da Silva, pois nos anos iniciais de seu governo as forças progressistas foram reanimadas, mas que ao decorrer de seu mandato foram enfraquecidas por conta das medidas conservadoras adotadas, como a nova configuração de Seguridade Social, separada da Previdência Social e Assistência Social, a continuidade de uma indefinição de um financiamento efetivo para a saúde, visto que desde os anos 2000 tem-se uma diminuição dos recursos advindos do orçamento da seguridade social para os gastos com a política de saúde, além da suposta “inovação” na gestão com o aumento da terceirização nas instituições públicas (organizações sociais), proposta que já vinha sendo articulada desde o governo de Fernando Henrique Cardoso.

Diante do que foi exposto, segundo Bravo (2004 e 2006) apud Bravo e Menezes (2008), pôde-se observar que Lula da Silva deu continuidade a forma como vinha sendo gestado o modelo organizacional da saúde (ações e serviços) nos anos de 1990, com o trinômio: terceirização, precarização e focalização. No caso da focalização, tem-se o destaque que o governo deu ao PSF sem ter feito as modificações necessárias para assegurar um melhor atendimento na atenção básica, ou seja, a proposta de Estratégia de Saúde da Família (ESF), não se concretizou da maneira que foi pensada, no sentido de reorientar o modelo de atenção à saúde.

O governo democrático popular petista não reverteu o processo iniciado nos governos anteriores, o medo venceu a esperança de mudanças ao longo dos dois mandatos. A política macroeconômica foi eixo condutor do governo e as políticas sociais se mantiveram pontuais e compensatórias. No sistema de saúde isso se reverteu em uma maior abertura à expansão do setor privado, que se beneficiou de várias formas: na oferta/venda de serviços ao SUS, assegurando e ampliando a saúde suplementar; na manutenção de mecanismos de renúncia fiscal; e na inserção das novas modalidades de gestão (terceirizações, fundações e Organizações Sociais). A perspectiva do governo esteve fundada na aliança com setores conservadores e não criou mecanismos para a defesa de uma política de saúde universal, integral e pública. Ficou voltada para o desenvolvimento de políticas cada vez mais focalizadas e compensatórias, contribuindo com a perspectiva de privatização do público, de incentivo à lucratividade e o alargamento das grandes organizações que controlam os serviços de saúde. Na realidade, enquadra o sistema de saúde na lógica da acumulação e favorece cada vez mais a hegemonia do setor privado (SOUSA, 2014, p.6).

Nessa direção, o governo Dilma Rousseff deu prosseguimento ao que já vinha sendo projetado na política de saúde pública pelo governo anterior, como a ênfase dada em programas focalizados e, como afirma Bravo e Menezes (2011) o aprofundamento das consequências negativas provenientes da contrarreforma do Estado brasileiro, com a retomada da ideia de transferir a gestão de instituições hospitalares públicas para empresas de direito privado, como a EBSERH, que

Na prática, a gerência da Empresa terá poderes para firmar contratos, convênios, contratar pessoal técnico, definir processos administrativos e definir metas de gestão, restringindo sumariamente a vinculação dos HUs às Universidades e com os princípios do SUS (KRÜGER, 2014, p. 224).

Em vista disso, de acordo com Bravo e Menezes (2011) foi analisada a extensão de outras formas de privatizar a saúde, por intermédio da expansão de diferentes modelos de gestão, como as Organizações Sociais (OSs) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

No cerne desse governo, ainda segundo Bravo e Menezes (2011) foram ampliadas em todo o território brasileiro as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) que fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência promovida pelo MS desde 2003. Todavia, as UPAs ao invés de garantir a reprodução de um modelo de atenção à saúde que estivesse estritamente voltado

para a prevenção e promoção da saúde, centrou-se em ações curativas (modelo hospitalocêntrico).

Apesar das divergências existentes nesse governo em relação aos princípios do SUS que foram outorgados na C.F. de 1988, foi possível avaliar alguns tímidos avanços na política de saúde como, a importância dada a saúde de determinados segmentos específicos, como a Saúde da Mulher e da Criança, que resultou na instituição da Rede Cegonha, que possibilita a atenção integral à saúde da mulher “desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança” (BRAVO; MENEZES, 2011,p. 23).

Outro tímido avanço ocorreu em relação ao financiamento da saúde, com a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012 que veio para cobrir as lacunas deixadas pela Emenda constitucional nº 29/2000, a qual deixou em aberto como a União deveria aplicar recursos para custear despesas com o pessoal (recursos humanos) e definiu conforme Ugá et al (2012), apenas os percentuais que as esferas gestoras estaduais e municipais deveriam aplicar no setor da saúde, ficando os municípios responsáveis por encaminhar 15% da arrecadação de seus impostos e os Estados 12%, já contabilizando as transferências advindas da União.

Em suma, de acordo com Krüger (2014) desde a adesão do ideário neoliberal somada ao novo desenvolvimentismo, que as propostas governamentais giram em torno da construção de um novo modelo de proteção à saúde de cunho liberal, convertendo o direito coletivo em direito individual, por meio do incentivo aos seguros e planos de saúde, ignorando o dever do Estado de garantir o acesso universal e igualitário à saúde, já que o Estado perderam a sua primazia na prestação de serviços públicos, se reduzindo a mero regulador. Portanto, com o redimensionamento do papel do Estado preconizado pela ofensiva ideopolítica neoliberal, os princípios doutrinários do SUS que foram deferidos pela C.F. de 1988, perdem a sua essência democrática assumindo um novo significado de acordo com os interesses do capital financeiro.

Como o princípio da equidade, que passou a está ligado diretamente ao fato do Estado garantir o mínimo para aqueles que não têm condições de arcar com os serviços de saúde no setor privado, ou seja, esse princípio de acordo com Rawls apud Rizzotto (2014) pressupõe ao ideário de uma justiça de caráter redistributiva. O princípio da participação social, que era compreendido como uma forma de garantir a participação da sociedade civil na gestão da política de saúde por meio de duas

instâncias (Conferências e Conselhos de Saúde) passou a ser capitado como forma da sociedade civil assumir para si as responsabilidades do Estado, com o intuito de racionalizar os custos.

O princípio da descentralização que era baseado pela estratégia de compartilhamento de poder político e financeiro entre as três esferas do governo foi segundo Krüger (2014), resumida à desconcentração de atividades e responsabilidades do Estado para a sociedade civil e o setor privado e a centralização na esfera federal das decisões e dos recursos. Quanto ao princípio da universalidade, o seu conceito foi invertido, ou seja, o acesso universal à saúde passou de acordo com Lima (2014), a ser garantido não mais pela via do direito, e sim pela privatização das instituições públicas e das relações entre o público e o privado, envolvendo seguros de saúde e pré-pagamentos, em síntese esta cobertura “universal” vem sendo regida pela lógica do mercado.

Não obstante todas essas descaracterizações que o SUS incorporou (e vem incorporando historicamente) é importante ressaltar que a questão do financiamento se constitui em um dos aspectos de maior complexidade do Sistema. Incluído originalmente na Lei nº 8.080, o financiamento do SUS sempre careceu de ampliação percentual e de textos legais que definissem claramente os percentuais de investimento obrigatório das três esferas gestoras (União, Estados e Municípios).

Em meio à conjuntura neoliberal nos primeiros anos de sua implantação, o texto da Lei nº 8.080 se apresentou muito vago e omissivo. Só em 2000, através da Emenda Constitucional nº 29 foram estabelecidos patamares mínimos de investimentos, respectivamente 12% e 15% para Estados e municípios. No caso da União a regra indicava o valor aplicado no ano anterior pela variação nominal do PIB. Importa também lembrar que

Desde o início da vigência da EC 29, em 2000, as execuções orçamentárias anuais do governo federal foram sempre muito próximas ao mínimo constitucional. Tal prática manteve a participação do gasto federal em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) em torno de 1,7%, mas não houve avanços para além deste mínimo, mesmo nos períodos de maior expansão econômica. Essa trajetória de baixa priorização da saúde nos orçamentos anuais e no processo de execução orçamentária terá piora com o Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 2016 (Brasil, 2016a), que congela o gasto primário federal por 20 anos, com profundos impactos no financiamento da saúde (VIEIRA e BENEVIDES, 2016, p.3).

Evidenciou-se nas gestões Lula da Silva e Dilma Rousseff, uma opção clara pelo projeto privatista para a saúde, já que a questão do financiamento foi gradativamente se restringindo, sem uma defesa da Emenda Constitucional nº 29. Como bem afirma Kruguer

O governo Lula passou todos os anos de seu governo sem enfrentar o problema do financiamento da saúde, em janeiro de 2012 a presidente Dilma sancionou a nova versão da emenda constitucional número 29, pela Lei Complementar nº 141, e a saúde universal nesse país obteve mais uma grande derrota no financiamento de suas ações e serviços. A proposta que estipulava investimento de 10% das receitas correntes brutas da União para a área foi derrubada. Segundo ao artigo 5º a União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Devendo os estados aplicar 12% da sua receita e os municípios com 15% conforme a versão de 2000 (KRUGER, 2014, p.10).

Mais recentemente, no contexto do governo Michel Temer a possibilidade de um processo de recrudescimento ainda maior em relação aos gastos públicos com o SUS vem tomando contornos muito mais visíveis, o que repercutirá sobretudo, no aumento da quebra de todos os princípios constantes no SUS. Num cenário de ajuste fiscal, o governo Temer impôs através da Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016 que alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da C.F. para que, a partir de 2017, a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde pelo governo federal seja calculada corrigindo-se o limite mínimo do ano anterior pela inflação (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Além da restrição do financiamento público, é importante destacar a existência da dicotomia entre as ações curativas e as ações preventivas, que acaba contribuindo com o rompimento da concepção e da própria intenção da integralidade na saúde. Isto se dá através da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle (que se refere ao atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esses atendimentos não são de interesse do setor privado), e o subsistema de referência ambulatorial e especializada (que é formado por unidades de maior complexidade, e a proposta é que sejam transformadas em Organizações Sociais para dar conta deste atendimento). Esse último é um aspecto polêmico e desafiador, pois Fundação Estatal e Contrato de Gestão

podem ser vistos como modelos que possibilitam modernizar o Estado, além de reintroduzir o tema da reforma hospitalar na agenda governamental brasileira (FERNANDES et al, 2011, p.336-337).

O fato é que, os problemas estruturais que o SUS apresenta desde sua gênese, (fruto do momento histórico no qual foi criado), vêm moldando fortemente as dificuldades intrínsecas a sua implementação nestes 28 anos. A prospecção para os anos que se seguem apontam para o enfraquecimento progressivo do projeto sanitário e simultaneamente a ampliação do projeto privatista no campo da assistência pública nacional. Como resultado mais evidente da crescente desqualificação do SUS constitucional identifica-se a ampliação da falta de acesso aos serviços e insumos públicos, o que tem gerado de modo crescente no país, o fenômeno da judicialização da saúde.

CAPÍTULO II - A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo atentou-se incitar uma reflexão acerca da judicialização da saúde, delineando seus aspectos sociohistóricos e a intensificação deste processo no âmbito da saúde no Brasil.

De início foi realizado um panorama acerca da afirmação dos direitos humanos e da cidadania, para depois tecer as transformações societárias que levaram a criação dos direitos sociais no Brasil, além de trazer uma abordagem a respeito do direito à saúde que está estritamente vinculado a dignidade humana. Cabe assinalar, que ainda foi feito uma explanação dos determinantes que ocasionaram a crescente demanda do acesso à saúde pelas vias judiciais, destacando os efeitos negativos que a judicialização acarreta para a política de saúde, sobretudo no seu orçamento, sinalizando-a como mais uma violação dos direitos do cidadão do que um canal de defesa. Por último, buscou-se fazer uma análise documental do processo de judicialização da saúde, situando esse processo no mundo e em alguns estados brasileiros, singularizando a Paraíba.

2.1 O Direito à saúde no Brasil

A compreensão do direito à saúde como um direito social fundamental no Brasil requer uma reflexão prévia de como se constituiu historicamente os direitos a nível mundial. Esses direitos emergiram a partir das transformações sociais, culturais, econômicas e políticas, e se consolidaram de forma diferenciada, conforme as particularidades de cada país.

Os primeiros indícios dos direitos humanos advieram segundo Mendonça (2005) da filosofia jusnaturalista que defendia a Teoria do Direito Natural, para explicar que os direitos naturais eram universais, inatos e fundamentados na natureza, que independem da ação humana. O direito natural resguardava em si os princípios da liberdade e igualdade, pautado na concepção de que os homens já nasciam livres. Destarte, foi com a distinção do mundo natural do mundo humano que nasceu a antinomia entre o direito natural e o direito positivo, sendo o último versado como um conjunto de leis criadas pelos homens para orientar sua conduta

em sociedade por meio do contrato social. Assim, mesmo com a coexistência desses direitos, os jusnaturalistas defendiam a supremacia do direito natural sobre o direito positivo.

Na idade média, sob a ordem do sistema feudal, o poder estava concentrado nas mãos da Igreja, e em decorrência disto para Mendonça (2005) os direitos naturais foram submetidos a bases teológicas, ou seja, nessa época a formação do conhecimento se deu conjugando racionalidade e leis divinas. Logo, ao relacionar obediência divina com direito natural, o pensamento cristão buscava justificar a naturalidade da desigualdade entre os homens. Em meados do século XVII, a perspectiva do direito e da justiça que estava vinculada aos princípios religiosos começou a entrar em declínio. Dessa forma, a racionalidade assumiu de volta a centralidade na concepção do direito, construindo-se assim as bases para um Estado independente do poder religioso.

Foi na Revolução Francesa em pleno século XVIII com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão outorgada no ano de 1789, que conforme Mendonça (2005) houve a conversão do direito natural em direito positivo, daí fixou-se o marco do advento do Estado Moderno, onde a liberdade individual do homem passou a ser resguardada por lei, transformando-o em cidadão. Os princípios liberais, liberdade, igualdade e fraternidade que conformaram essa revolução eram característicos da classe emergente, a burguesia revolucionária, que lutou pela derrocada do Estado Absolutista. Contudo, a liberdade e a igualdade podem até terem sido princípios defendidos para todos, mas foram desfrutados por poucos, uma vez que buscou-se manter os privilégios dos proprietários.

Em linhas gerais, a Revolução Francesa, com os ideais iluministas de *“liberdade, igualdade e fraternidade”*, pode ser considerada como o marco simbólico da fundação dos Direitos Humanos. E esses ideais, mais tarde serviriam de base para os reais interesses da classe burguesa. A expressão das lutas da burguesia revolucionária ascendente para superar o feudalismo e objetivar os seus interesses ofereceu como produto o que se convencionou chamar de primeira geração/dimensão dos direitos humanos: os direitos civis e políticos. Referem-se à esfera dos direitos e garantias individuais e prescrevem normas para a vida do homem em sociedade (RIBEIRO, 2014, p.24, grifo do autor).

Em suma, os princípios que nortearam a positivação dos direitos individuais dos homens na Constituição Francesa, serviram como referência para as Constituições dos demais países do ocidente.

Após essa fase inicial de reconhecimento desses direitos, se fez necessária a sua positivação, como forma de alcançar força e possibilitar a sua exigibilidade perante o ente estatal. E essa foi a tendência durante o século XX. As normas que definem os direitos sociais foram primeiramente previstas nas Constituições Mexicana de 1917 e de Weimar de 1919, que, por representarem uma verdadeira revolução no campo dos direitos humanos, tornaram-se verdadeiros marcos na positivação desses direitos (MACEDO et al, s.d.).

Segundo aludem os autores supra mencionados, os direitos sociais já positivados na França alcançam status internacional em 1948 na ONU, gerando em 1966 o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Tal Pacto segundo os autores em tela, expressa um leque amplo de direitos indo além da própria Declaração Universal. Comparato (2007) acrescenta em síntese que;

O Estado da democracia social, cujas linhas-mestras já haviam sido traçadas pela Constituição mexicana de 1917, adquiriu na Alemanha de 1919 uma estrutura mais elaborada, que veio a ser retomada em vários países após o trágico interregno nazi-fascista e a Segunda Guerra Mundial. A democracia social representou efetivamente, até o final do século XX, a melhor defesa da dignidade humana, ao complementar os direitos civis e políticos – que o sistema comunista negava – com os direitos econômicos e sociais, ignorados pelo liberal-capitalismo. De certa forma, os dois grandes pactos internacionais de direitos humanos, votados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1966, foram o desfecho do processo de institucionalização da democracia social, iniciado por aquelas duas Constituições do início do século (COMPARATO, 2007, p. 192-193).

Empreender uma reflexão sobre direitos implica por outro lado articular um debate sobre a constituição da cidadania no desenvolvimento das sociedades, já que a cidadania é um meio de se objetivar, praticar, expressar os direitos humanos, civis e políticos, multifacetado suscetível as dinâmicas sociais. Assume-se nesse trabalho a acepção de Carvalho (2002) quando o mesmo afirma que

O exercício de certos direitos, como a liberdade de pensamento e o voto, não gera automaticamente o gozo de outros, como a segurança e o emprego. O exercício do voto não garante a existência de governos atentos aos problemas básicos da população. Dito de outra

maneira: a liberdade e a participação não levam automaticamente, ou rapidamente, à resolução de problemas sociais. Isto quer dizer que a cidadania inclui várias dimensões e que algumas podem estar presentes sem as outras. Uma cidadania plena, que combine liberdade, participação e igualdade para todos, é um ideal desenvolvido no Ocidente e talvez inatingível. Mas ele tem servido de parâmetro para o julgamento da qualidade da cidadania em cada país e em cada momento histórico (CARVALHO, 2002, p.14-15).

Nesse sentido, a literatura nacional contemporânea é pródiga e nos disponibiliza vasto lastro de concepções, tais como Santos (1979); Covre (1991); Santos (1997); Coutinho (1997); Benevides (1994). Do ponto de vista dos aportes clássicos e das contribuições históricas marcantes para análise dessa categoria, constatamos que

Para Aristóteles, a cidadania era uma condição para a participação política na gestão da polis. O cidadão tinha que preencher determinados requisitos, como a necessidade de o governante saber também ser governado; Hobbes, por sua vez, não se debruçou sobre a análise da cidadania diretamente; antes, preocupou-se em explicar a formação do Estado pelo seu "contratualismo vertical". Neste, o cidadão resignava-se em depositar no rei a fonte da legislação e da proteção social, de forma que, neste estado, alcançava uma igualdade outrora impossível, pois, em tempo anterior ao Estado, reinava o caos; Max Webber, da mesma forma que Hobbes, não se preocupou em traçar um conceito de cidadania. Em sua análise sobre o processo de modernização, apresenta o indivíduo capaz de criticar a si mesmo e à sociedade em que vive; Marshall foi o primeiro estudioso que criou um conceito fixo e linear de cidadania. Em sua perspectiva, a cidadania se divide em três diferentes dimensões: a civil, a política e a social. Os direitos civis são concebidos no século XVIII, ao passo que os direitos políticos e sociais os são nos séculos XIX e XX, respectivamente. Os primeiros direitos estariam facilmente visualizados pela liberdade individual e igualdade formal; os direitos políticos, pela liberdade de associação e reunião, assim como pela organização política e sindical, sufrágio universal, entre outros; os direitos sociais, por sua vez, são os relacionados ao trabalho, à saúde, à educação, à aposentadoria, ou seja, às garantias de acesso aos meios de vida que possibilitem o bem-estar social (BRITO, 2012, n.p.).

Porém é importante ressaltar que a linearidade de análise da cidadania proposta por Marshall (1967 e bastante utilizada como parâmetro de estudos) baseada no contexto inglês de séculos passados é frequentemente objeto de críticas. Um dos críticos nacionais mais vigorosos é Carvalho (2002) que sinaliza que a sequencia cronológica simplista estabelecida por Marshall pode levar a

análises também simplistas, já que a construção da cidadania é um processo essencialmente dinâmico e histórico. Segundo o autor, o caso brasileiro põe por terra a proposta de Marshall, já que no Brasil a sequência foi invertida.

Se assim o fizéssemos, seríamos levados a pensar a completude da cidadania no Brasil como 'uma questão de tempo', quando, na verdade, o diferencial entre a nossa cidadania e a dos ingleses está no fato de que o tripé que compõe a cidadania: direitos políticos, civis e sociais foi por aquele povo conquistado, e a nós ele foi doado, segundo os interesses particulares dos governantes de plantão (CARVALHO, 2002, p.130).

Nessa mesma direção e particularizando a constituição dos direitos no Brasil, constata-se que sua consolidação se deu seguindo a formação sóciohistórica do país. No início do século XIX como afirma Massafra (2004), perante a ordem de um liberalismo oligárquico agrário, os direitos civis e políticos se restringiam as elites político-econômicas, afastando da esfera política a massa popular, nesse período, ao Estado cabia somente garantir as condições necessárias para a liberdade de mercado, prevalecendo a livre concorrência e os direitos individuais. A transição da base econômica do país, de agroexportadora para urbano industrial, levou ao enfraquecimento da hegemonia da elite agrária, ao passo que entra em cena uma nova classe, a burguesia industrial, disputando o poder.

Todavia, apesar das divergências existentes entre estas classes, foi firmado um pacto entre ambas, de modo a manter seus interesses e privilégios. Nesse contexto, como sublinha Mendonça (2005), iniciou o processo de modernização e industrialização tardia no país, propiciando a formação de uma sociedade capitalista. Convém lembrar, que essa modernização foi de cunho conservador, por ter permitido a convivência do velho com o novo, ou seja, as antigas estruturas não foram transformadas e os elementos de retrocesso foram preservados.

No Brasil, os direitos sociais de acordo com Mendonça (2005) só começaram a serem instituídos na década de 1930, após sucessivas reivindicações da classe trabalhadora que denunciavam suas precárias condições de vida e trabalho, exigindo a intervenção do Estado no enfrentamento das expressões da questão social, em consequência disto, o governo buscou outras vias além da repressão recorrendo assim ao consenso, para manter sua hegemonia. Porém, mesmo com a mediação do Estado, os direitos não foram sendo estruturados dentro de uma

perspectiva universalizante, mas sim sedimentada e desigual, uma vez que só era considerado cidadão os trabalhadores urbanos que tivessem Carteira de Trabalho.

Portanto, sob o viés analítico de Carvalho apud Massafra (2004), a noção de cidadania no Brasil se deu as avessas, visto que os direitos sociais precederam os direitos civis e políticos, se contrapondo a ordem defendida por Marshall, em que os direitos civis e políticos antecedem os direitos sociais, como se concretizou nos países de capitalismo central. O autor em pauta ainda infere se constituir num grande obstáculo a construção da cidadania no Brasil “o peso do passado”, se referindo ao período colonial português aqui no Brasil e suas práticas conservadoras políticas e culturais, a exemplo da adoção da escravidão. Segundo o mesmo

A cronologia e a lógica da seqüência descrita por Marshall foram invertidas no Brasil. Aqui, primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis por um ditador que se tornou popular. Depois vieram os direitos políticos, de maneira também bizarra. A maior expansão do direito do voto deu-se em outro período ditatorial, em que os órgãos de representação política foram transformados em peça decorativa do regime. Finalmente, ainda hoje muitos direitos civis, a base da seqüência de Marshall, continuam inacessíveis à maioria da população. A pirâmide dos direitos foi colocada de cabeça para baixo (CARVALHO, 2002, p.209-210).

Dessa maneira, com a entrada da modernidade, pós-segunda guerra, enquanto os países de capitalismo clássico vivenciavam a plenitude de um Estado de Bem-Estar social, que buscava garantir a dignidade humana e a justiça social, a sociedade brasileira estava subordinada as ordens de um regime político autoritário que cerceou as liberdades civis e políticas, desrespeitando segundo Aguiar (2006) completamente os direitos humanos, em decorrência disto, houve uma grande resistência por parte das forças dos movimentos populares, que lutavam contra essa arbitrariedade sem limites do Estado. Frente a isto, para alcançar legitimidade, o poder público expandiu as políticas sociais.

Na acepção crítica de Carvalho, portanto,

O surgimento seqüencial dos direitos sugere que a própria idéia de direitos, e, portanto, a própria cidadania, é um fenômeno histórico. O ponto de chegada, o ideal da cidadania plena, pode ser semelhante, pelo menos na tradição ocidental dentro da qual nos movemos. Mas os caminhos são distintos e nem sempre seguem linha reta. Pode

haver também desvios e retrocessos, não previstos por Marshall. O percurso inglês foi apenas um entre outros. A França, a Alemanha, os Estados Unidos, cada país seguiu seu próprio caminho. O Brasil não é exceção. Aqui não se aplica o modelo inglês. Ele nos serve apenas para comparar por contraste. Para dizer logo, houve no Brasil pelo menos duas diferenças importantes. A primeira refere-se à maior ênfase em um dos direitos, o social, em relação aos outros. A segunda refere-se à alteração na seqüência em que os direitos foram adquiridos: entre nós o social precedeu os outros. Como havia lógica na seqüência inglesa, uma alteração dessa lógica afeta a natureza da cidadania. Quando falamos de um cidadão inglês, ou norte-americano, e de um cidadão brasileiro, não estamos falando exatamente da mesma coisa (CARVALHO, 2002, p.11-12).

A respeito desses períodos de constituição do Estado brasileiro e as formas assumidas pela cidadania, Santos (1979) sugere que nos momentos autoritários (Era Vargas e pós 66) assistiu-se no país uma extensão regulada de cidadania e o recesso da cidadania política respectivamente.

Seguindo essa lógica de reflexão constatou-se que só foi no chão histórico dos anos de 1988 com a outorgação da C.F., que no Brasil os direitos sociais foram legitimados representando um avanço no plano jurídico. Essa carta institucionalizou as reivindicações dos movimentos sociais e conferiu em consonância com Mendonça e Bertuol (2009) os devidos deveres ao Estado para que este atuasse de forma positiva garantindo a efetivação dos direitos sociais, políticos, econômicos e culturais, inclusive os direitos fundamentais, como o direito à saúde.

Acompanhando os direitos fundamentais, a saúde aproxima-se da idéia central de qualidade de vida e constitui um dos elementos da cidadania. Direito à cura e à prevenção de doenças, mas também a uma vida saudável, aos benefícios do desenvolvimento, tanto quanto ao trabalho e à alimentação adequada. Para além do acesso aos serviços de assistência médica, o direito à saúde requer relações sociais que possibilitem a qualidade do cotidiano e assume uma posição auto-reflexiva, relacionada à vida, não apenas à sobrevivência, mas a uma vida qualificada pelo usufruto dos benefícios da cidade (LUIZ, 2005, p. 74).

Discutindo especificamente o direito à saúde na realidade nacional observou-se que, o pacto federal de 1988 adotou uma concepção ampliada de saúde, compreendendo-a para além da perspectiva curativa, sendo então um direito que para ser viabilizado necessita de articulação com outras políticas sociais e da atuação de um Estado democrático de direito. Esse pacto para Dallari (2009), também delegou as esferas subnacionais do governo o dever de proteger e

defender a saúde, além de atribuir responsabilidades cabíveis aos três poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário), deixando explícito que em caso de violação do direito à saúde por parte do Estado, a sociedade civil poderia recorrer ao poder judiciário, posto que a este foi atribuído o papel de ser o guardião dos direitos.

Porém, Dallari em seu artigo “A construção do direito à saúde no Brasil” foi infeliz, ao colocar que em cada momento de deliberação da política de saúde buscou-se resguardar o valor da saúde abraçado pela C.F. 1988 escutando a população organizada nos Conselhos e Conferências de saúde. Discordando dessa assertiva o que se tem na realidade é o oposto, com as frequentes iniquidades do acesso à saúde pela população e uma democracia restrita nas instâncias de controle social. Dessa forma, a autora comunga das ideias do Direito Sanitário, que compreende o SUS somente em seu aspecto legal, divergindo das Ciências Sociais Aplicadas que buscam captar os fundamentos históricos da política de saúde, correlacionando esse direito com a sociabilidade humana.

No entanto, mesmo tendo a C.F. de 1988 significado o alcance da protoforma da proteção social no Brasil, os anos de 1990 e 2000 se caracterizaram como anos em que houve uma maior violação dos direitos, devido a ausência demasiada do Estado na área social suscitada por uma política macroeconômica neoliberal que defendia uma economia de mercado, ou seja, prezava pelas recorrentes privatizações dos direitos sociais, já que eram considerados gastos dispendiosos para o cofre público, impossibilitando assim a reprodução ampliada do capital. Essa ofensiva neoliberal em coerência com Araujo (2014) trouxe implicações contundentes para a política de saúde, convertendo a saúde, um direito social fundamental, em um bem de consumo.

Nesse sentido, como afirma Araujo (2014), a privatização histórica da assistência à saúde veio se colocando como um dos entraves para que não houvesse a implementação plena do SUS, sem contar que, este foi institucionalizado no cenário político de um Estado mínimo completamente adverso aos ideais democráticos. Então, isso corroborou para o fortalecimento da existência de um sistema híbrido de saúde, em que o setor público passou a ser cada vez mais sucateado. Logo, o direito à saúde vem sendo violado de diversas formas, que

podem ser analisadas em duas dimensões² que estão intrinsicamente relacionadas, uma ampla, macro estrutural, e outra de cunho mais restrito, micro estrutural.

Na violação do direito à saúde de ordem macro estrutural, tem-se a quebra do pacto político de construção do SUS, pois as forças políticas que defendiam conforme Soares (2010) a materialização de um SUS constitucional, flexibilizaram suas defesas, abraçando propostas de um reformismo por alto no âmbito da saúde, refuncionalizando os princípios do sistema de saúde para atender as exigências sociais do capital. Acrescenta-se a isso, o subfinanciamento da saúde com os sistemáticos desvios de recursos dessa política por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU) para o pagamento da dívida pública, além, de uma progressiva redução da participação do governo federal nos gastos com a saúde pública, que compromete a viabilização do SUS de acordo com seu marco legal.

Outro determinante que adensa na violação do direito à saúde é em consonância com Soares (2010), a falta de estrutura e funcionamento dos dispositivos de controle social, como os Conselhos e as Conferências de saúde, pois os conselhos vêm perdendo sua capacidade deliberativa, sendo substituídos por colegiados consultivos, em que as decisões se dão por via do consenso, sem considerar as divergentes propostas dos usuários da saúde, isto é, a participação social assumiu um conteúdo mistificador, no sentido que a classe trabalhadora passivizada passou a defender os projetos para a saúde arquitetados pelos representantes do governo. Em relação particularmente à realidade de existência dos conselhos de saúde, os últimos balanços apontam que

Apesar da sua regulamentação e organização, os conselhos de saúde ainda encontram dificuldades para realização de suas atividades. Tais dificuldades vão desde a falta de sede própria até problemas relacionados à estrutura física, à falta de equipamentos, como computadores, escassos recursos orçamentários que dificultam o trabalho dos conselheiros, e à falta de transporte para deslocamentos dos conselheiros em atividades externas, como visitas etc. Além dessas dificuldades, encontram-se ainda outras questões, como o fato da transformação dos conselhos, em alguns momentos, em estruturas meramente consultivas. Há ainda o atrelamento dos conselhos às estruturas das secretarias e departamentos de saúde, inclusive com a determinação legal para que os secretários de saúde sejam os presidentes dos conselhos municipais e estaduais de saúde. Há também as dificuldades de os conselhos instituídos estabelecerem objetivos que simbolizem as

² Termo cunhado pelas autoras.

reais aspirações da sociedade e não somente os interesses dos segmentos ali representados, por vezes desenvolvendo um forte clientelismo político expresso na concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais (Labra & Figueiredo, 2002). Esbarra-se também na dificuldade de acesso dos conselheiros às informações em saúde (SOUZA, 2007, p.127).

Outro dispositivo que vem ganhando expressão nos processos de denúncias acerca da violação do direito à saúde são as Ouvidorias de saúde. Contudo, apesar das ouvidorias serem espaços físicos que permitem aos usuários se manifestarem quanto o atendimento recebido na saúde, fazendo denúncias, reclamações ou até mesmo sugestões, apresentam uma dupla funcionalidade, pois atendem as demandas de forma individualizada, impedindo que os usuários se reúnam enquanto coletivo e compartilhem entre si os problemas vivenciados com a desconstrução do SUS.

As alterações das legislações da saúde se constituem em outros mecanismos que impulsionam a violação do direito à saúde, visto que segundo Soares (2010), essas modificações no arcabouço legal são inconstitucionais, como a terceirização dos serviços de saúde, que as empresas de direito privado assumem a gestão dos serviços públicos, recebendo recursos provenientes do Estado, desrespeitando assim o artigo 199 da C.F. de 1988 que veda qualquer repasse de recursos para entidades privadas com fins lucrativos. Ainda é oportuno frisar, que essas novas modalidades de gestão nos serviços de saúde nada mais fez do que aprofundar a exploração do trabalho e, por conseguinte precarizar a assistência à saúde.

Todos os desdobramentos explorados acima refletem na transgressão do direito à saúde na dimensão micro estrutural, pois o desfinanciamento e o não cumprimento do dispositivo legal da saúde acarreta a falta de medicamentos, leitos, insumos e entre outros. Alia-se a isto, a precarização das condições de trabalho que leva os profissionais da saúde a não imprimirem uma direção política ao seu fazer profissional de maneira que os princípios do SUS se concretizem, assim de acordo com Soares (2010) ao invés de ter uma humanização na prestação dos serviços de saúde, tem-se uma desumanização, com filas intermináveis, unidades de saúde sucateadas e falta de profissionais e equipamentos.

Portanto, os usuários da saúde com seus direitos violados incessantemente recorrem à justiça para que esta responsabilize o Estado quanto aos seus deveres porém, a judicialização vai funcionar mais como uma violação ao direito do cidadão

do que como um mecanismo de garantia do direito, dado que compromete o orçamento da saúde destinado para desenvolver ações prioritárias de caráter coletivo, pois parcela significativa vai ser alocada para atender demandas específicas, ou seja, na medida que a judicialização atende as necessidades de alguns suprime as necessidades da maioria, sobrepondo assim o direito individual ao direito coletivo.

2.2 Aspectos sóciohistóricos do processo de judicialização da saúde

Discutir o processo de judicialização da saúde implica necessariamente analisar a relação que o Estado mantém com a sociedade civil, sobretudo no que concerne ao respeito aos direitos humanos, civis, políticos e sociais. No caso particular deste trabalho, impõem debater, por conseguinte como o acesso aos serviços de saúde em particular, a oferta de medicamentos e tratamentos de saúde vem ocorrendo.

A questão da judicialização da saúde é ampla e envolve grande diversidade de bens e direitos reclamados nos tribunais. Vão desde os medicamentos e internações até uma miríade de outras demandas sob a alegação do direito à vida e dignidade da pessoa humana, incluindo prestações sociais que acabam por alargar o papel da garantia desse direito e o orçamento público estabelecido para ele. A elevação dos direitos sociais ao status constitucional e as imensas dificuldades de implementação fática das políticas estatais que efetivem essas garantias parecem ter aberto um flanco entre o direito e o seu titular. Essa aparenta ser a causa premente da judicialização da saúde na busca pela efetivação da política que garanta os serviços, sobretudo de entrega de medicamentos, exames e os mais diversos tratamentos para os agravos (ASENSI apud ANDRADE et al , 2017, p. 35).

A figura que segue expressa a presença da judicialização da saúde no mundo gerada pela dificuldade de acesso.

Figura 1: Judicialização da saúde a nível mundial



Fonte: Jornal GGN, 2016.

O inaccessso ou o contrário o acesso aos serviços de saúde e seus insumos, não se restringe como problemática ao Brasil. No mundo inteiro, independente do estágio de desenvolvimento econômico e social, ou mesmo independente da maturação que a relação Estado e sociedade civil incorpore, observou-se tensões em relação a essa questão. Cumpre destacar que, como sublinha Assis e Jesus (2012), o acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado transpassado por diversos aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais, e por essa razão torna-se passível de diferentes abordagens. Por sua vez, o acesso constitui-se enquanto mecanismo no alcance da universalização da atenção, isto é, refere-se a utilização plena dos serviços de saúde pelo cidadão, respeitando o princípio da equidade. Para tanto, apesar da C.F. de 1988 ter significado a conformação de um instrumento jurídico normativo relacionado ao direito à saúde ainda convive-se com a desigualdade e exclusão do acesso ao sistema público de saúde.

Com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde tornou-se um direito condicionado pelo princípio da universalidade, devendo o Estado implementá-lo mediante a formulação de políticas sociais e econômicas. Desse modo, os cidadãos passam a ter um instrumento legal que lhes permite

recorrer a uma instância de poder máximo (poder judiciário), que cobre do Estado a responsabilidade de zelar pelo cumprimento do direito.

Apesar, das conquistas que foram alcançadas por meio de lutas no campo dos direitos sociais no período da abertura política do país, nos anos de 1990 (com a integração do Brasil a uma economia globalizada), constata-se que este passou a vivenciar perdas e retrocessos de direitos, pois sob a égide do governo Collor de Melo foi capitaneada uma agenda neoliberal de cariz ideopolítico, que garantiu as bases necessárias para segundo Behring (2008) realizar a contrarreforma³ do Estado. Com o projeto neoliberal houve uma retração do Estado em suas funções, principalmente na área social, e uma maximização de suas ações para garantir o processo de acumulação do capital.

Portanto, com a política neoliberal, houve um progressivo corte no financiamento das políticas sociais, inclusive na política de saúde, resultando assim em uma não correspondência entre a demanda e a oferta de serviços. Dessa forma, conforme Ribeiro (2014) pode-se vislumbrar um contraste entre o que está inscrito no texto legal e o que é vivenciado cotidianamente por muitos cidadãos brasileiros, que buscam acessar os serviços de saúde, como medicamentos, terapias, novas tecnologias e insumos em geral, por meio do poder judiciário, já que o Estado se abstém do seu dever.

A temática da judicialização incide no Brasil nos anos de 1990, com as reivindicações feitas em prol de medicamentos e procedimentos médicos pelas pessoas acometidas pelo vírus do HIV contra os entes públicos. Este movimento de pessoas com HIV/Aids, de acordo com Ventura et al (2010) respaldou-se no texto constitucional que inscreve a saúde como um direito fundamental e o Estado como a instância responsável por prestar assistência à saúde individual de forma gratuita, considerando os princípios que regem o SUS a igualdade, a universalidade e a integralidade, além do compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas subnacionais do governo, União Federal, Estados e municípios.

Nos primeiros anos da década de 1990, para assegurar o direito à saúde, a grande procura do Judiciário se dava em função do acesso aos medicamentos como os antirretrovirais. Essa busca provocou no poder público a criação da política pública de distribuição gratuita de medicamentos. Com o surgimento da Lei nº 9.313/96, criada para

³ Ibidem.

garantir a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, esperava-se a diminuição da discricionariedade dos juízes e, conseqüentemente, a diminuição da interferência do Poder Judiciário no campo da saúde. No entanto, o que se observou foi justamente o oposto. Se, antes, o artigo 196 era considerado uma norma programática, a partir do ano de 1997, o mesmo texto passou a ser reconhecidamente uma norma constitucional de plena eficácia. Isso, no entanto, não é um consenso no meio jurídico (MACHADO apud OLIVEIRA et al, 2015, p. 256).

A busca pela efetivação de um determinado aspecto do direito à saúde via judicial por pessoas com HIV/Aids e seu êxito, como os avanços nas políticas públicas de assistência a este segmento, serviu de referência para a sociedade civil, e a partir disto houve um aumento exponencial de processos judiciais relacionados a saúde tanto na dimensão individual quanto na dimensão coletiva. Dessa forma, constata-se que após a C.F. de 1988 houve uma maior atuação do poder judiciário na afirmação de um direito social.

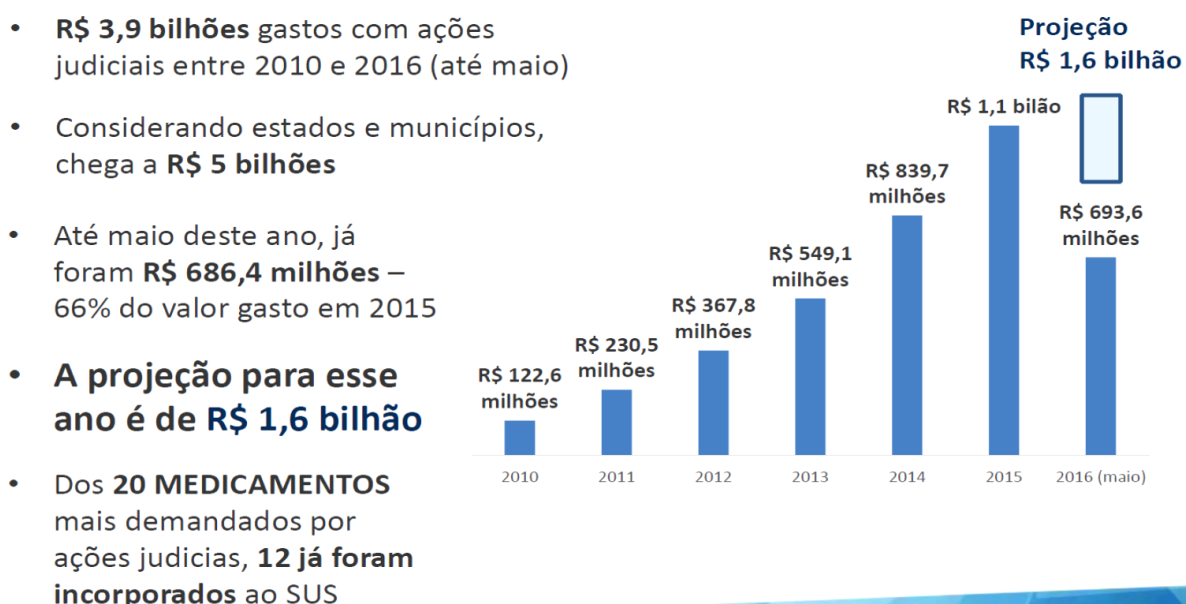
A Constituição de 1988 atendeu a esta demanda ao incorporar recursos, como a ação civil pública, o mandado de segurança, o mandado injunção, que podem ser utilizados para pressionar o governo e executar medidas em favor do cumprimento da lei (SIERRA, 2011, p.258).

Portanto, a judicialização da saúde pode ser compreendida como um mecanismo legal utilizado pelo cidadão para reivindicar do Estado o acesso a um procedimento, medicamento, insumo específico ou uma nova tecnologia que não foi assegurado no âmbito do SUS. Cabe salientar, em consonância com Ribeiro (2014) que os cidadãos buscam a garantia da saúde por intermédio de três instâncias jurídicas, o poder judiciário, o Ministério Público (MP) e a Defensoria Pública (DP).

Em sete anos, foram destinados pela União R\$ 4,5 bilhões para atender a determinações judiciais de compra de medicamentos, dietas, suplementos alimentares, além de depósitos judiciais, um aumento no gasto de 1.010%, entre 2010 e 2016. Em 2017, até maio, a cifra já chega a R\$ 715 milhões. Do total, R\$ 687 milhões foram destinados à compra de 494 itens. Entre os medicamentos mais caros, 12 remédios já custaram ao Ministério da Saúde R\$ 656 milhões para atender as demandas judiciais. Entre eles, o medicamento Eculizumab (Soliris). Até o final deste ano, incluindo também estados e municípios, a perspectiva é de que o gasto com determinações judiciais, em 2017, chegue a R\$ 7 bilhões (FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Neste excerto, verificaram-se os crescentes gastos onerosos que as três esferas do governo, inclusive o MS, vem tendo com as imposições judiciais no âmbito da saúde, que implicou em grandes consequências para a política de saúde, na medida em que o seu orçamento o qual já é parco é deslocado para atender demandas individuais, destituindo o direito coletivo, sendo assim, a judicialização se apresenta como mais um obstáculo para plena execução do direito à saúde. O gráfico abaixo ilustra os custos que a judicialização da saúde vem acarretando para os entes federados.

Gráfico 01: Dispendios com a atuação do judiciário na política saúde entre 2010 e 2016

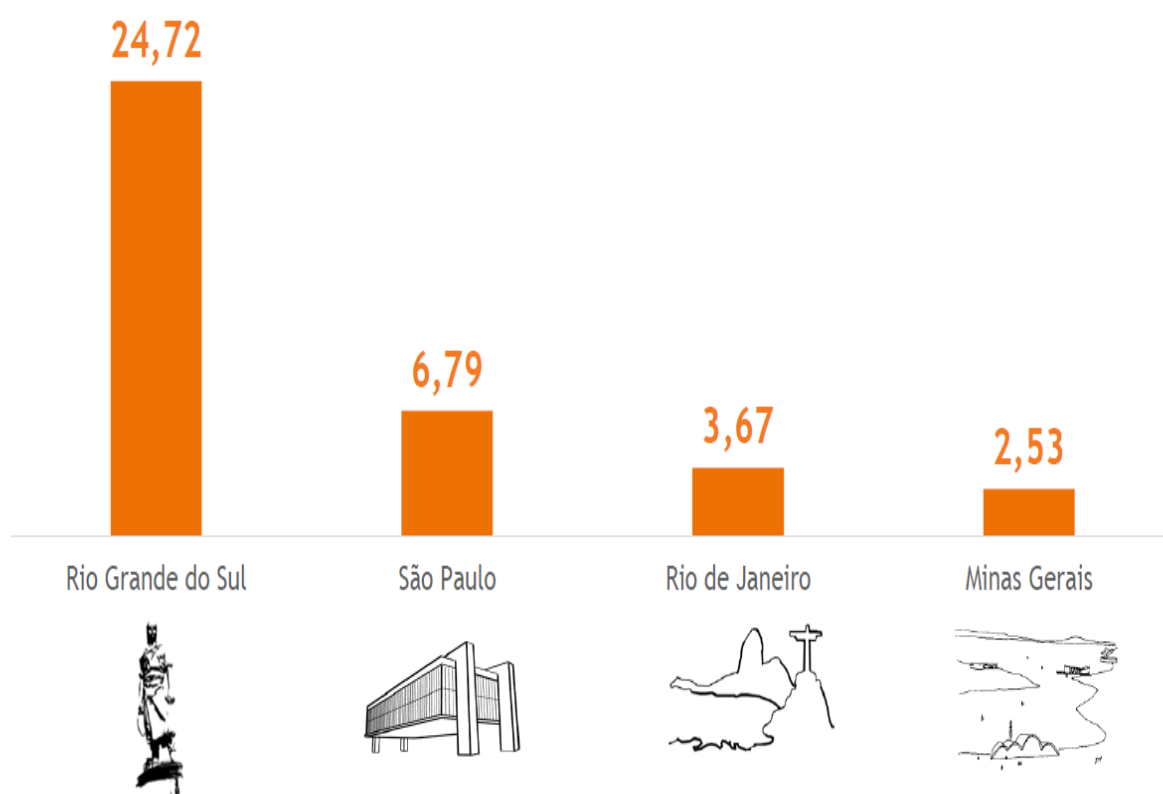


Fonte: Portal Câmara dos Deputados, 2016.

Gráfico 02: Estados brasileiros que contêm os maiores índices de ações judiciais na saúde

ESTADOS COM ALTO ÍNDICE DE AÇÕES E PROCESSOS JUDICIAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE

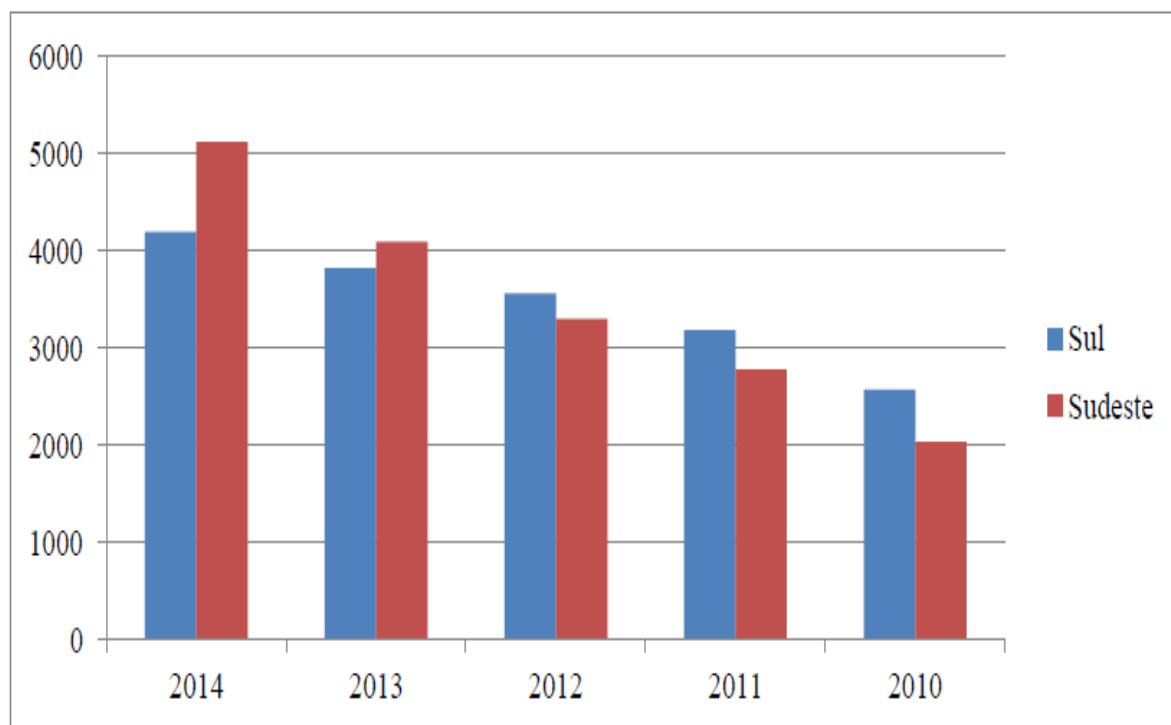
Número de Ações, por 100 mil habitantes*



* Estudo só considerou esses 4 Estados: em SP foram analisados os meses de janeiro e setembro de 2015, em MG, RS e RJ, a amostra se refere a março e novembro

Fontes: Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa)

Gráfico 03: Quantitativo dos processos judiciais nas regiões Sul e Sudeste entre os anos de 2010 e 2014



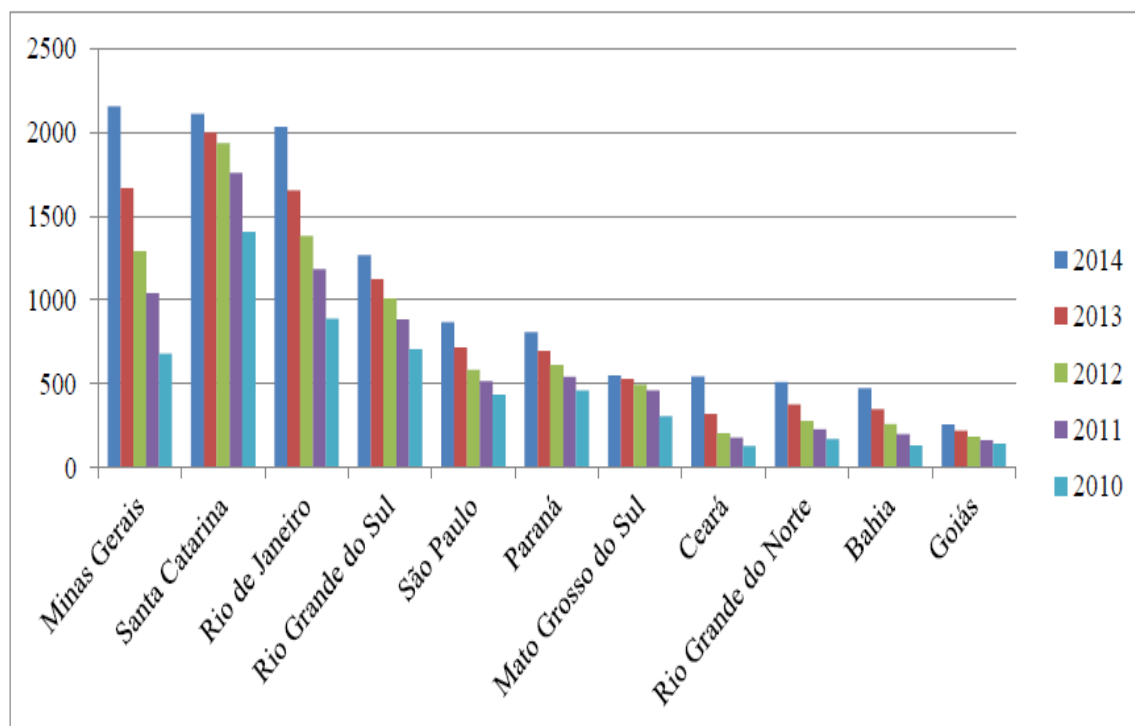
FONTE: Sistema de Ação Judicial de Medicamentos – DATASUS

Gráfico 1 – Quantidade de ações judiciais totais das regiões sul e sudeste de 2010 a 2014.

Fonte: Araújo, 2016.

Por meio deste gráfico foi visto um aumento abrupto entre os anos de 2010 a 2014 da judicialização da saúde nas regiões Sul e Sudeste, sendo a última responsável pelo maior número de pedidos judiciais. Nesta feita, quando se fez um comparativo das ações judiciais entre 2010 e 2014 no Sudeste, notou-se uma duplicação do quantitativo, chegando a ter mais do que 5.000 demandas. Nas entrelinhas pode-se concluir que isto foi reflexo da atuação negativa do Estado frente à prestação dos bens e serviços de saúde.

Gráfico 04: Quantidade de ações judiciais totais por estados mais demandados de 2010 a 2014



FONTE: Sistema de Ação Judicial de Medicamentos – DATASUS

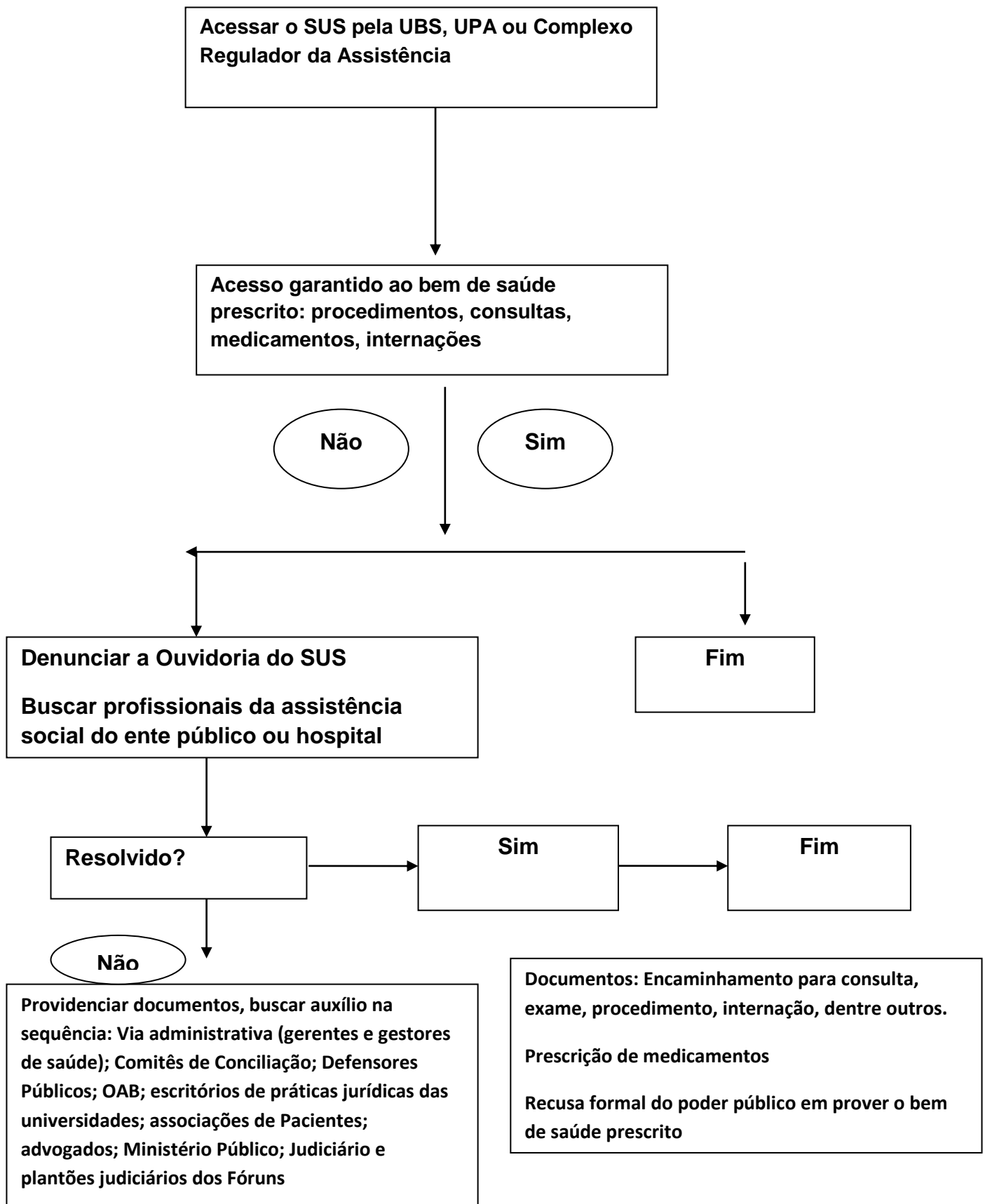
Gráfico 2 – Quantidade de ações judiciais totais por estados mais demandados de 2010 a 2014.

Fonte: Araújo, 2016.

No gráfico acima, registrou-se um crescimento anual quase equiparado das ações judiciais nos estados brasileiros de 2010 a 2014. Este gráfico assim como o anterior, comprova que a judicialização da saúde é um processo que vem crescendo principalmente nos estados que fazem parte das regiões Sudeste e Sul. Salienta-se que as maiores demandas se deram por requisição de medicamentos.

Bliacheriene et al (s.d) elaboraram um fluxograma nominado “ Acesso aos bens de saúde por via judicial no Sistema Único de Saúde (SUS)” no qual sinalizam qual o itinerário pode ser feito pelo cidadão que tem seu direito à saúde violado, conforme observamos na figura que segue.

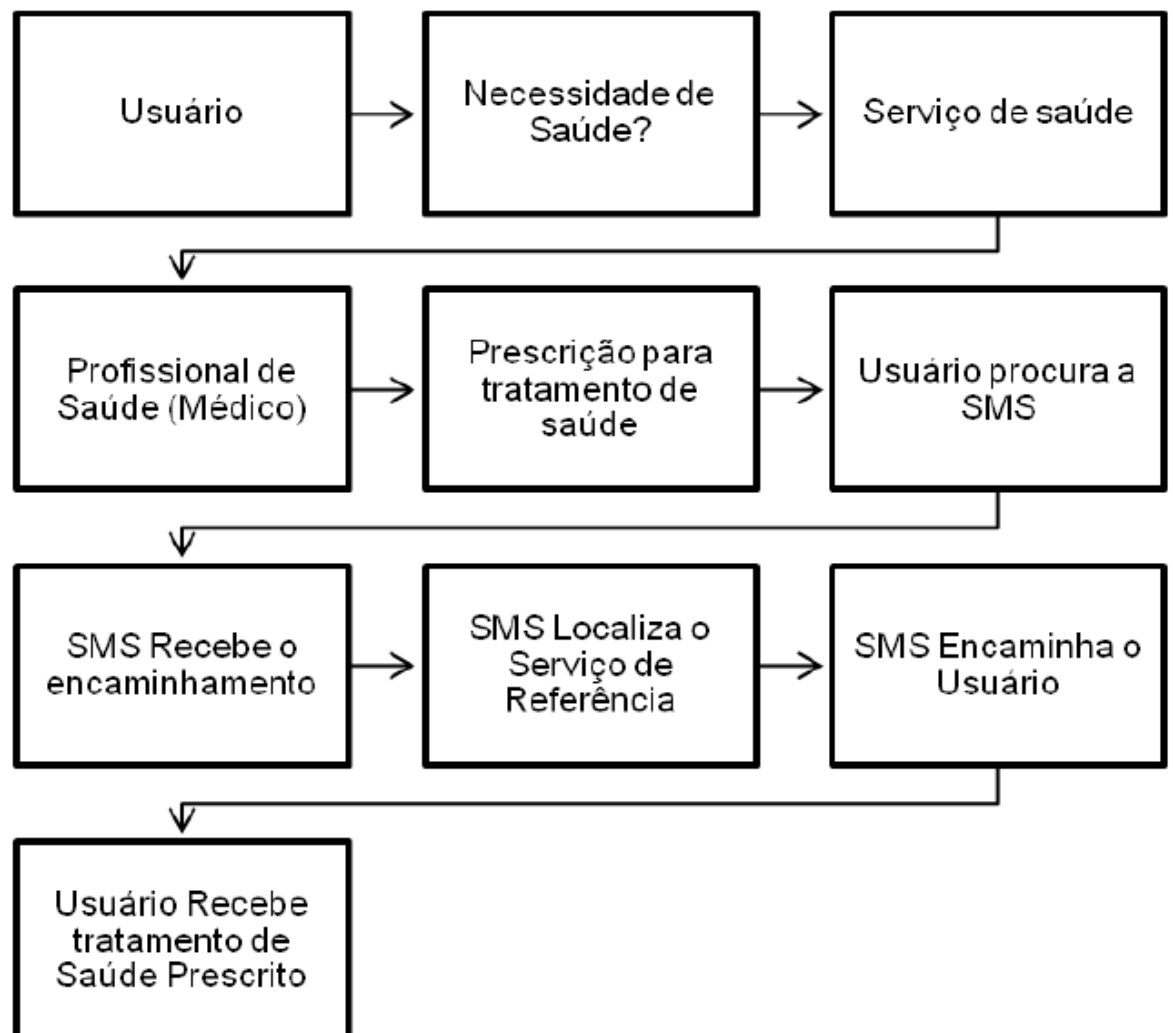
Figura 02: Fluxograma do acesso aos bens de saúde por via judicial no SUS



Oliveira (2014), por sua vez, elaborou quatro fluxogramas (que se seguem) expressando a trajetória que os usuários fazem na busca de efetivação do direito à saúde. Os referidos fluxogramas permitem a visualização das situações singulares a que estão submetidos os usuários.

Figura 3: Fluxograma de atendimento positivo pela via administrativa no município

Fluxograma de atendimento positivo pela via administrativa no município



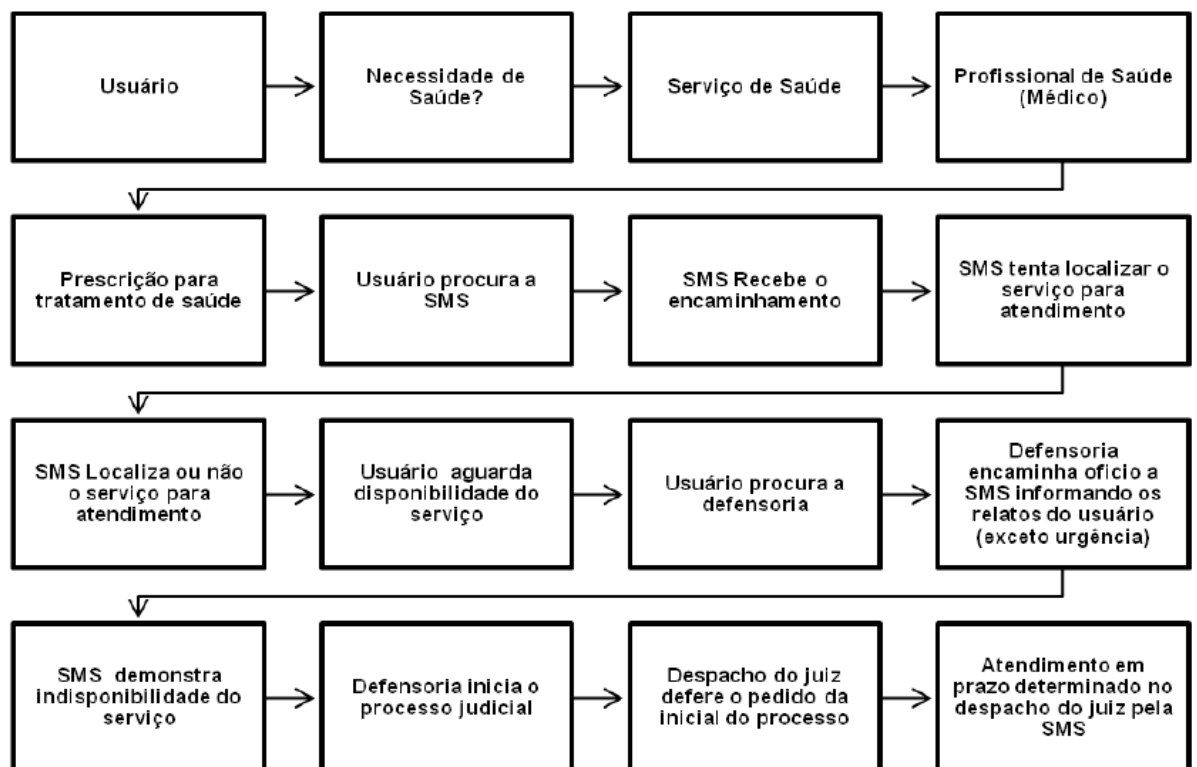
Fonte: Oliveira, 2014.

Segundo o autor em tela, esta situação inicial expressa acima, revela que não ocorreram atrasos ou demora no atendimento e ocorre a resolução da demanda em

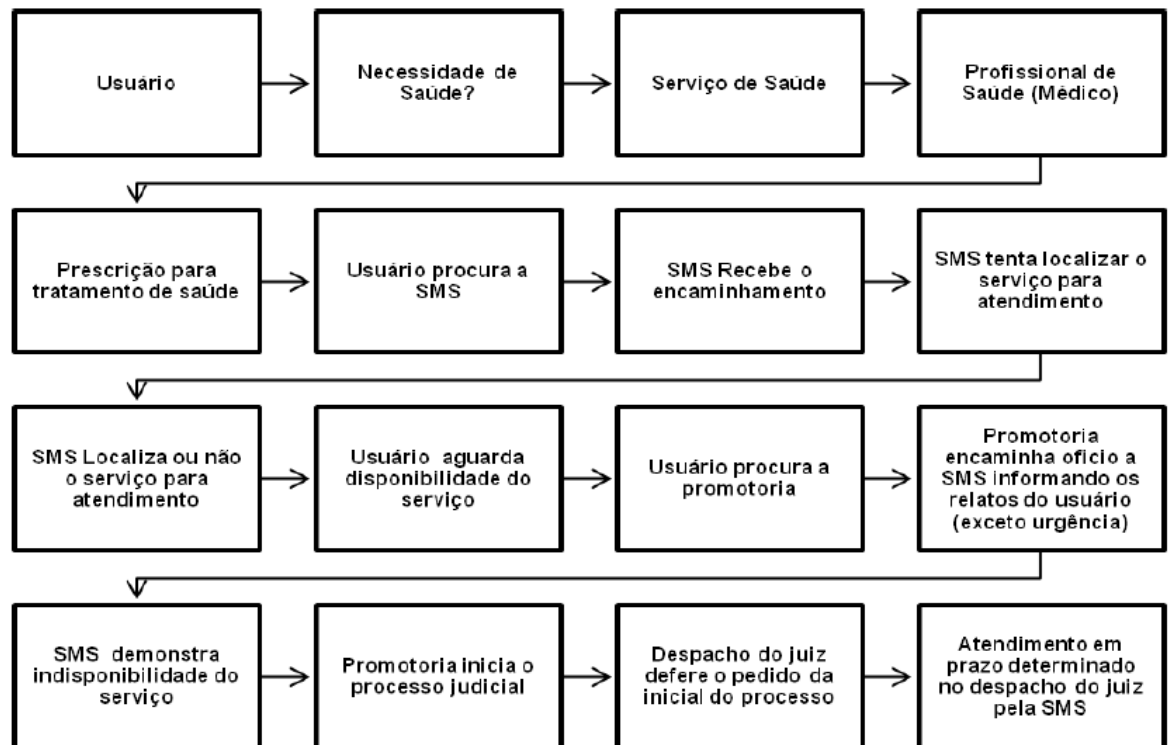
saúde. Contudo, quando a situação se inverte e o direito à saúde passa por algum tipo de violação, os usuários têm percorrido os itinerários que se seguem:

Figura 4: Fluxograma de atendimento pela ação judicial na defensoria pública

Fluxograma de atendimento pela ação judicial na defensoria pública



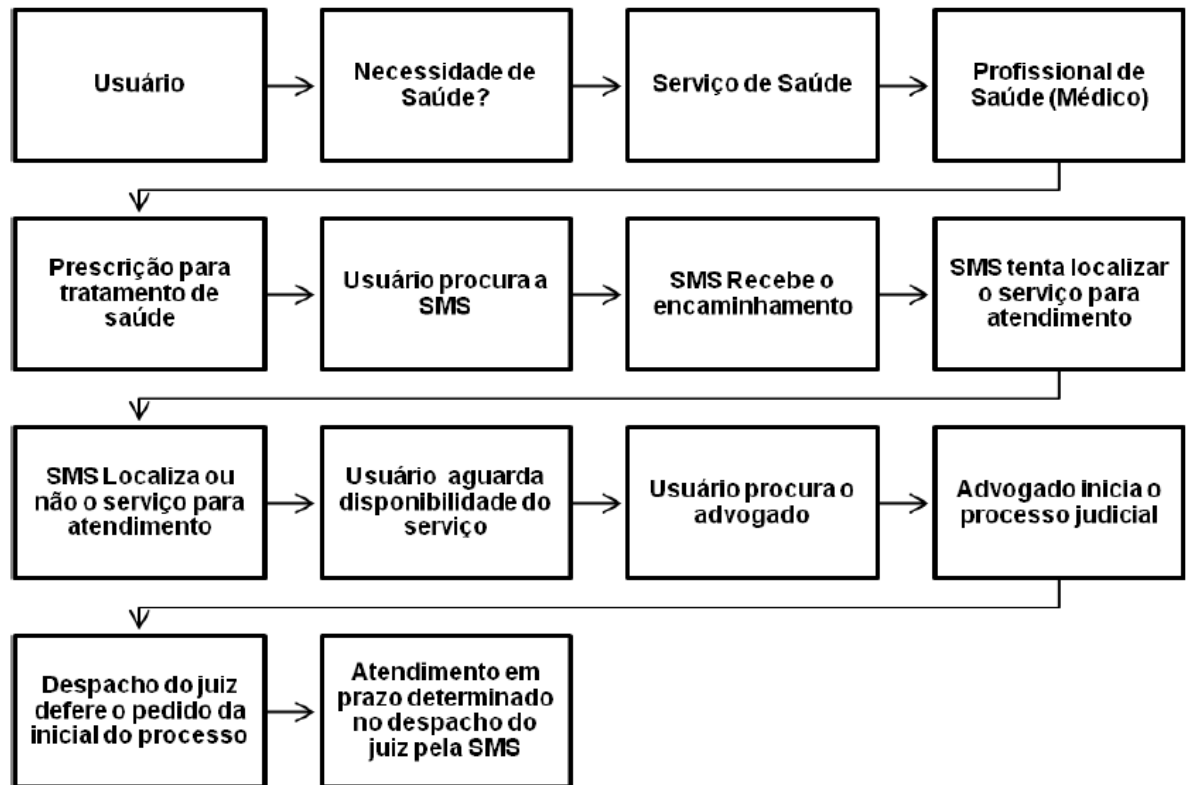
Fonte: Oliveira, 2014.

Figura 5: Fluxograma de atendimento pela ação judicial na promotoria pública**Fluxograma de atendimento pela ação judicial na promotoria pública**

Fonte: Oliveira, 2014.

Figura 6: Fluxograma de atendimento por ação judicial pelo advogado particular

Fluxograma de atendimento por ação judicial pelo advogado particular



Fonte: Oliveira, 2014.

Desse modo, é possível observar que o poder judiciário também se configura como um órgão julgador das demandas que estão sendo pleiteadas pelo cidadão, em que o pedido pode ser acatado ou negado conforme as interpretações das leis realizadas pelos juízes. Há situações na qual o indivíduo pode recorrer à justiça de forma emergencial, por meio do “pedido de liminar”, já que o direito à saúde está estritamente vinculado ao direito à vida. Este pedido de acordo com Ventura et al (2010) trata-se da antecipação da resposta judicial, tendo como base a prova concreta apresentada pelo requerente.

A DP para Ribeiro (2010) é a instituição na qual oferece justiça gratuita para aqueles cidadãos que comprovarem não terem condições econômicas de arcar com os custos das ações judiciais concernentes a garantia do direito à saúde, porém, esta instância tem a sua defesa voltada mais para os interesses individuais. Enquanto o MP é responsável por zelar pelo ordenamento jurídico, mediando os

conflitos existentes entre a sociedade civil e o Estado, suscitado pela não implementação das políticas públicas de responsabilidade do poder executivo. Vale enfatizar, que a principal defesa deste órgão está direcionada a sociedade, com vistas a fazer valer os direitos tidos como fundamentais.

Decerto, diante das falhas na gestão e nas ações de políticas públicas direcionadas à saúde, o poder judiciário vem assumindo responsabilidades que a priori são dos poderes executivos e legislativos.

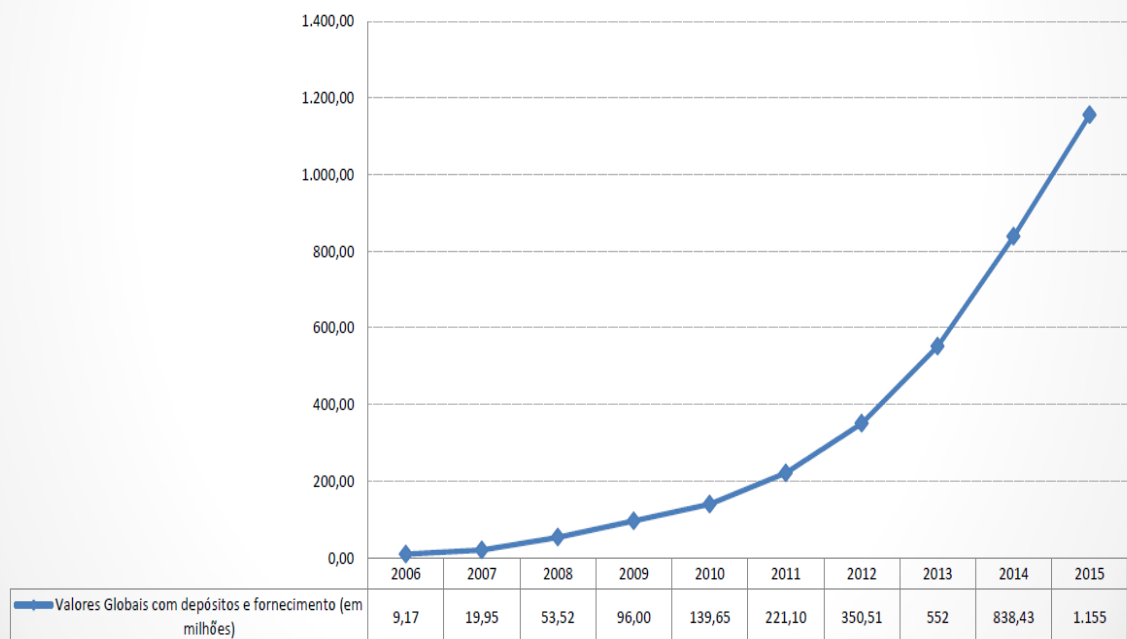
A função típica do Poder Legislativo é a de legislar, criar leis; a função do Executivo é a de administrar, colocar em prática, através das políticas sociais, os serviços e obras públicas previstas no orçamento e ao Poder Judiciário compete o julgamento das causas levadas ao seu conhecimento. Tem como função interpretar a Constituição e as leis, assegurando direitos e o respeito ao ordenamento jurídico (BARROSO apud RIBEIRO, 2010, p.82).

Não obstante, não se pode compreender a judicialização isolada dos processos sóciohistóricos, mas como parte integrante do movimento contraditório do capital, pois uma vez que o acesso à justiça torna-se prerrogativa para garantir a efetivação do direito sanitário, os usuários passam a serem clientes da justiça ao invés de cidadãos de direito, e isso é reflexo das respostas fragmentadas e individualizadas, ou até mesmo a omissão do Estado frente às expressões da questão social. Isto posto, a judicialização tende a camuflar as lutas de classes, em um intenso “[...] processo de despolitização dos conflitos de classe, visto que as demandas não são compreendidas coletivamente, mas tomadas individualmente, sendo resolvidas caso a caso” (SIERRA, 2011, p.259).

Gráfico 05: Gastos públicos da União com processos judiciais na área da saúde

Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

- Abrupto crescimento de gastos públicos (global) → de cerca de R\$ 9,17 milhões em 2006 para mais de R\$ 1 bilhão em 2015.



Fonte: Cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS

Fonte: Xavier, cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS, Brasília, 2017.

Tabela 01: Gastos da União na garantia do acesso aos medicamentos via judicial

Perfil, Volume e Impacto Financeiro da Judicialização no âmbito da União

| Medicamentos com maior impacto financeiro em 2015 | |
|---|---------------------------|
| Nome dos medicamentos de alto custo | valor empenhado |
| 1) Eculizumabe, 10 Mg/ML, Solução Injetável | R\$ 369.963.304,00 |
| 2) Galsulfase, 1 Mg/ML, Concentrado para Perfusão Injetável | R\$ 167.178.583,82 |
| 3) Idursulfase, 2 Mg/ML, Solução p/ Infusão Venosa | R\$ 84.252.421,17 |
| 4) Elosulfase Alfa, 1 Mg/ML, Solução Injetável | R\$ 70.635.232,53 |
| 5) Alfagalsidase, 1 Mg/ML, Solução p/ Infusão | R\$ 69.212.543,91 |
| 6) Betagalsidase, 35 Mg, Pó Liófilo p/ Injetável | R\$ 46.651.215,22 |
| 7) Lomitapida, 10 Mg | R\$ 41.420.509,51 |
| 8) Alfaglicosidade | R\$ 20.11.036,75 |
| 9) Atalureno, 250 Mg, Granulado para Suspensão Oral | R\$ 18.049.541,95 |
| 10) Laronidase 0,58mg/ml | R\$ 16.617.078,12 |
| 11) Inibidor de Esterase, Inibidor de Esterase C1 Humana, 500 Ui, Pó Liófilo para Injetar | R\$ 14.088.143,71 |
| 12) Lomitapida, 5 Mg | R\$ 8.565.831,93 |
| 13) Abiraterona Acetato 250 mg | R\$ 5.201.781,60 |
| 14) Brentuximabe Vedotina 50mg | R\$ 4.942.901,16 |
| 15) Atalureno, 1000 Mg, Granulado para Suspensão Oral | R\$ 4.748.643,28 |
| 16) Terizidona 250 mg | R\$ 4.424.896,00 |
| 17) Tafamidis, 20 Mg | R\$ 4.151.560,94 |
| 18) Mercaptamina, Sal Bitartarato, 75 Mg | R\$ 3.403.005,95 |
| 19) Bevacizumabe 25 mg/ml | R\$ 3.196.367,49 |
| 20) Mipomersen, Sódico, 200 Mg/ML, Solução Injetável | R\$ 2.970.638,36 |
| TOTAL GASTO PARA AQUISIÇÃO DESSES MEDICAMENTOS | R\$ 959.785.237,40 |

Fonte: Xavier, cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS, Brasília, 2017.

Tabela 02: Total de pessoas beneficiadas com medicamentos de alto custo

| Quantidade de pessoas beneficiadas pelo fornecimento dos medicamentos mais custosos (ano-base: 2015) | | | |
|--|-------------------------|--|--------------------|
| Medicamento | Quantidade de pacientes | Gasto total com aquisição do medicamento | Gasto por paciente |
| 1)Soliris (eculizumabe) | 281 | R\$ 369.963.304,00 | R\$ 1.316.595,38 |
| 2)Elaprase (idursulfase) | 132 | R\$ 84.252.421,17 | R\$ 638.275,91 |
| 3)Fabrazyme (betagalsidase) | 115 | R\$ 46.651.215,22 | R\$ 405.661,74 |
| 4)Aldurazyme (laronidase) | 53 | R\$ 16.617.078,12 | R\$ 313.529,77 |
| 5)Myozyme (alfaglicosidase) | 38 | R\$ 20.111.036,75 | R\$ 529.237,80 |
| 6)Naglazyme (galsulfase) | 155 | R\$ 167.178.583,82 | R\$ 1.078.571,50 |
| 7)Replagal (alfagalsidase) | 288 | R\$ 69.212.543,91 | R\$ 240.321,33 |
| 8)Juxtapid (lomitapida) | 59 | R\$ 49.986.341,44 | R\$ 847.226,12 |
| 9)Vimizim (elosulfase) | 53 | R\$ 70.635.232,53 | R\$ 1.332.740,23 |
| TOTAL | 1174 | R\$ 845.175.420,03 | |

Fonte: Xavier, cálculos CODEJUR a partir de dados CDJU/MS, Brasília, 2017.

Em nível local, a realidade da judicialização da saúde também tem se mostrado um processo em ascensão.

Segundo Farias (2015), entre os anos de 2011 e 2013 certificou-se um aumento considerável da judicialização do acesso à saúde contra o município de João Pessoa. Esse crescimento ocorreu por alguns motivos que estão vinculados ao contexto regional, como a falta de organização interna na Prefeitura de João Pessoa que incita o não repasse de informações em relação ao atendimento as demandas do município para o judiciário. Dessa maneira, o poder judiciário vem compelindo a esfera municipal a cumprir responsabilidades que não lhe competem.

Diante deste cenário, os juízes se constituíram como efetivadores do direito à saúde, acatando todos os pedidos indistintamente, sem medir os custos que essa judicialização pode acarretar para o orçamento da saúde pública coletiva a nível

municipal. Essa maior intervenção do judiciário nas demandas de saúde tem levado os usuários do SUS a perceberem a via judicial como o meio mais fácil para se ter acesso a determinado aspecto do direito à saúde.

É de suma importância ressaltar que não há uma homogeneidade quanto o perfil dos cidadãos que recorrem à justiça para efetivação do direito à saúde, este se diversifica de um Estado para o outro. Lembrando que, em João Pessoa, é por meio da DP e da advocacia privada que os cidadãos buscaram a aplicabilidade do direito, já que o MP se mostrou incapaz de tratar a judicialização e conduzir as demandas judiciais. Assim, apesar do aumento das ações judiciais concernentes à saúde por meio da advocacia privada, demonstrando que a judicialização vem privilegiando as classes mais favorecidas economicamente, no município de João Pessoa a DP ainda se constituiu como o principal órgão pelo qual os cidadãos judicializavam suas demandas de saúde. Cabe salientar que atualmente, por não existir uma relação institucional entre a Prefeitura de João Pessoa e a DP, os conflitos deixam de ser solucionados administrativamente para serem judicializados.

Mantendo semelhança com a judicialização no Brasil, a maioria das demandas judiciais da saúde no município de João Pessoa conforme Farias (2015) se deu por solicitação de medicamentos, embora houvesse uma diversidade nos pedidos, como suplementos alimentares, insumos e cirurgias. Contudo, grande parte das demandas judiciais que chegaram ao município não são de sua competência, pois envolvem medicamentos de alto custo que caberia ao Estado fornecer. Nesta feita, o crescente gasto do município com medicamentos por determinação judicial comprometeu a maior parte da receita destinada a compra de medicamento dos serviços de saúde.

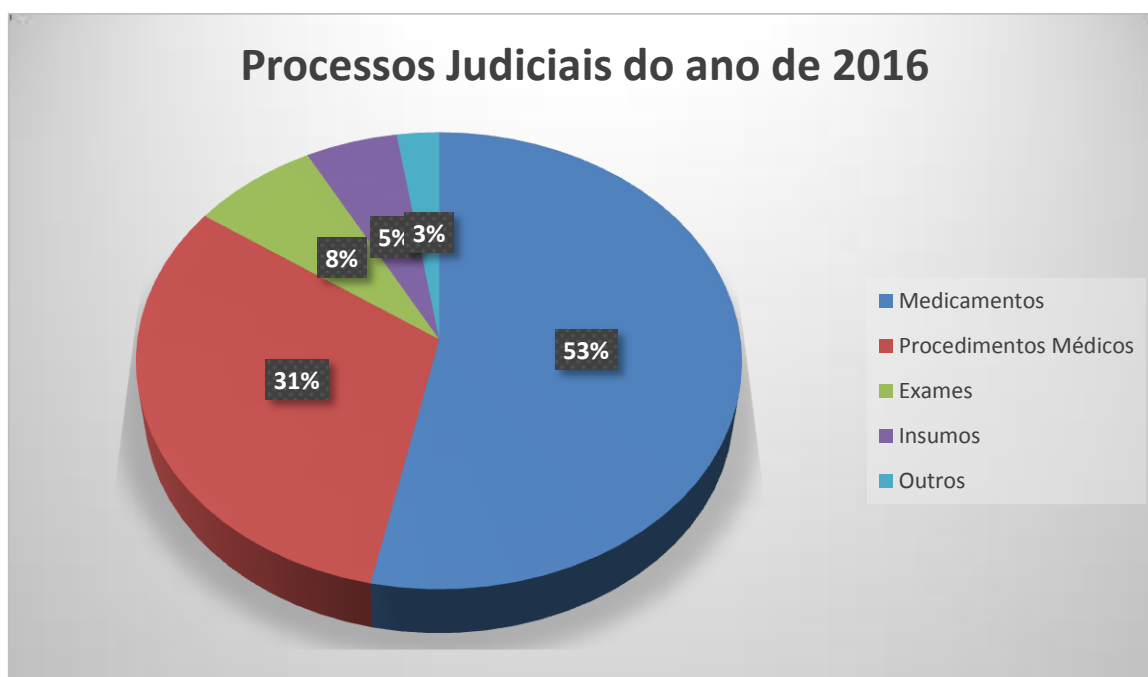
Portanto, apesar de ser vislumbrada uma similitude com a judicialização a nível nacional, a materialização de tal processo na cidade de João Pessoa veio se caracterizando por um teor particular, o de extrapolar os limites de competência municipal do SUS, posto que em números crescentes o município vem atendendo demandas judiciais relacionadas à saúde que não é de sua alçada, trazendo fortes impactos no orçamento. Dessa forma, os gastos com a judicialização no município vem sendo onerosos para o financiamento, que em tese deveriam ser alocados para garantir a qualidade nos serviços de saúde de natureza coletiva. Logo, a judicialização do acesso à saúde em João Pessoa não deixou de se configurar como mais uma violação do direito fundamental à saúde, na medida em que veio se

colocando como um empecilho para a materialização do princípio universal do SUS, ao beneficiar demandas específicas em detrimento da coletividade.

Atualmente, segundo os dados que foram fornecidos pelo setor de Assessoria Técnico-Normativo da SES, contabiliza-se na Paraíba no ano de 2016 um total de 726 processos judiciais referentes ao acesso a diversos aspectos do direito à saúde. Verifica-se no gráfico abaixo, que as três maiores demandas que chegaram ao poder judiciário foram por acesso a: Medicamentos, Procedimentos Médicos e Exames.

Cabe enfatizar, que se definem como insumo, o pedido por equipamentos, como cadeiras de rodas, materiais, e entre outros. Quanto aos procedimentos médicos, pode-se compreender como a requisição por cirurgias e terapias. Com relação ao item “outros”, condiz com as solicitações de informações sobre cirurgias, materiais, consultas, cumprimento de decisões judiciais, bem como petições de cópias do acórdão proferida no Mandado de Segurança e transferências para leito de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), como é possível constatar no gráfico que segue:

Gráfico 06: Especificidades das ações judiciais referentes à saúde no Município de João Pessoa



Fonte: Primária, Secretária de Estado da Saúde da Paraíba, 2017.

Nesse sentido, a judicialização da saúde vem se acentuando na maioria dos estados brasileiros, inclusive na capital da Paraíba, desequilibrando o orçamento desta política que reflete na diminuição da oferta de bens e serviços de saúde para toda a população. Para tanto, pode-se visualizar que as maiores despesas no município se deram com o fornecimento de medicamentos por meio de determinações judiciais.

2.3 Desdobramentos da judicialização da saúde

Por se tratar de um tema polêmico, que engloba diferentes questões, há uma divisão de posições, a favor e contra a judicialização da saúde. Alguns autores como Fleury (2012) se colocam na defesa desse processo, pelo fato da judicialização funcionar como um mecanismo de cobrança do aparelho estatal pela prestação de assistência à saúde, fazendo cumprir a lei inscrita na C.F. de 1988, porém a maioria que está nesta posição de defesa, supervaloriza o princípio da integralidade.

Aqueles que se contrapõem a judicialização da saúde, como a Ventura et al (2010) vai na perspectiva de que este processo coloca em xeque os princípios da universalidade e equidade, tendo em vista que esta ferramenta não garante a universalização do acesso, na medida em que acaba atendendo as necessidades de uns em detrimento das necessidades de outros sem respeitar as diferenças, posto que a equidade⁴ é um princípio que organiza as ações e os serviços dos SUS considerando como afirma Escorel (s.d.) as diferenças entre os usuários e as diversidades das necessidades pelo acesso aos serviços de saúde.

De maneira geral, os estudos sobre a *judicialização da saúde* enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações de saúde. Uma das principais justificativas é que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos (BARATA; CHIEFFI, 2009; MARQUES; DALLARI, 2007; VIEIRA; ZUCCHI, 2007 apud VENTURA et al, 2010).

⁴ Recomenda-se ao leitor que para aprofundar o conhecimento acerca da equidade, ler: Giovanella et al (1996), Vieira & Almeida Filho (2000) e Escorel (2008).

Soma-se ainda como aspecto negativo da judicialização no âmbito da saúde, a questão do desequilíbrio orçamentário do poder público, quando este é requisitado pelo poder judiciário para realizar gastos que não estavam previstos no orçamento, gerando assim uma escassez nos recursos que deveriam estar destinados a garantia da saúde em sua dimensão coletiva, que resulta no enfraquecimento da política de saúde.

Os autores que compactuam com esta ideia, como forma de restringir a intervenção do poder judiciário no campo das políticas públicas, se ancoram no princípio da reserva do possível, que em harmonia com Brauner e Cignachi (2011) se trata da existência de uma demanda ilimitada e a insuficiência de recursos na Administração Pública, que termina por inviabilizar a garantia do ponto de vista integral de todos os direitos contemplados como direitos fundamentais.

[...] o aumento das ações judiciais acaba por desvirtuar a destinação de recursos provenientes do governo para as áreas prioritárias de atendimento. As distorções provocadas por processos judiciais em que há a exigência de compra de medicamentos de alto valor, que não estão incluídos na lista elaborada pelos gestores de saúde acabam por comprometer a atual política da saúde pública (BRAUNER; CIGNACHI, 2011, p.37).

No Brasil, verificou-se uma maior quantidade de processos judiciais na área da saúde relacionados à assistência farmacêutica e procedimentos médicos. As recorrências ao âmbito jurídico por medicamentos se deu por dois motivos, o primeiro, consiste na busca da adesão de um determinado fármaco como um meio de incluí-lo na lista do SUS, e o segundo, é quando o medicamento já está incorporado na lista do SUS, mas por deficiências na gestão, não é ofertado ao cidadão.

Para tanto, conforme Ventura et al (2010), no que diz respeito a estes pedidos, os juízes na sua tomada de decisão superdimensionam a prescrição médica individual, sem fazer a devida análise sobre a segurança do medicamento, pois em muitos casos os cidadãos demandam o acesso a insumos e procedimentos que ainda não estão registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e nem nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs), e isso pode trazer danos ao bem-estar do usuário, já que estes insumos estão em caráter experimental no Brasil, enquanto no exterior possuem validade científica.

Nessa feita, é importante frisar que a busca por medicamentos pela via judicial envolve interesses de ordem política e econômica, uma vez que o mercado, inclusive as indústrias farmacêuticas, tendem a criar “[...] “necessidades” para “vender” soluções” (VENTURA et al, 2010, p. 83). Dentro deste viés, a judicialização da saúde acaba se tornando um campo contraditório, que corresponde aos interesses de um Estado neoliberal.

[...] os laboratórios farmacêuticos interferem no processo de judicialização da saúde, uma vez que estão interessados no aumento da comercialização de seus medicamentos. Assim, a via judicial tornou-se um instrumento de acesso ao direito constitucional à saúde como forma de assegurar o fornecimento de determinados medicamentos e insumos em detrimento dos critérios técnicos e financeiros apontados pelos gestores, num verdadeiro processo de judicialização das políticas públicas de saúde (BRAUNER; CIGNACHI, 2011, p. 36).

Destarte, a relação entre Direito e Saúde Coletiva vem se acentuando a partir dos mecanismos jurisdicionais, que possibilitaram julgar o poder responsável pela prestação da assistência à saúde, quando há a violação do que está declarado constitucionalmente. Assim, o processo de judicialização revelou-se como contraditório, pois ao mesmo tempo em que este pode ser apreendido como um mecanismo de efetivação do direito, dentro dos limites de uma sociedade capitalista, compromete os princípios que norteiam a prestação de serviços e ações de saúde na rede pública.

Com efeito, deve-se atentar que muitos cidadãos cogitam que a aplicabilidade do direito, que já foi positivado, depende de antemão do acesso à justiça, ou seja, o que era para ser acionado excepcionalmente termina sendo uma regra. Logo, “Não pode o poder público ficar na vanguarda das decisões, ou simplesmente implementar tais políticas em razão tão e somente por força coercitiva do poder judiciário” (TASCA, 2013, p. 117).

Asensi (2010) adverte que sem dúvidas se trata de um processo bastante complexo e que apresenta distinções de movimentos. Segundo a concepção do autor a presença do MP como mais um elemento do poder público envolvido na efetivação do direito à saúde, provocou na realidade uma outra dinâmica, caracterizada pelo diálogo e mediações, que pode antecipar a resolução das

demandas de acesso, sem necessariamente conduzi-las a judicialização. A esse respeito ele sinaliza que,

Num contexto de juridicização, é possível afirmar que as demandas são discutidas sob o ponto de vista da sua institucionalidade jurídica, embora não se procure levá-las a um contexto litigioso judicial. A ideia de juridicização da saúde propicia a consolidação de respostas concretas às necessidades relacionadas a este direito por intermédio da constituição de uma vontade comum, que é pactuada a partir da convergência de diversos saberes e práticas. Isso reconfigura e tensiona a própria perspectiva de judicialização das relações sociais e ressalta, de forma bastante inovadora, as atuações extrajudiciais também como estratégias adotadas pelas instituições jurídicas. O âmbito extrajudicial inaugura e confere realce a outros personagens que, em virtude de suas estratégias de ação, são decisivos na efetivação de direitos sociais (ASENSI, 2010, p.50).

Diante da defasagem de um SUS constitucional, suscitado pela má administração do poder público, bem como a falta de um financiamento efetivo na política de saúde devido a contenções orçamentárias e financeiras, conforme Ventura et al (2010) torna-se um entrave na viabilização do exercício do direito à saúde. Nesse sentido, isto se constitui como um desafio para os gestores públicos elaborarem estratégias políticas e ações governamentais de acordo com a disponibilidade dos recursos destinados à saúde.

Por conta das deficiências existentes no campo da saúde e a crescente recorrência dos cidadãos a justiça para terem acesso ao direito à saúde, buscou-se realizar medidas com o intuito de auxiliar na reestruturação e reorganização do SUS, como a Audiência Pública da Saúde nº 04 em 2009, convocada pelo Ministro Supremo Tribunal Federal da época, Gilmar Mendes. Essa Audiência possibilitou a participação de diversos segmentos como, a sociedade civil organizada (representações dos usuários, dos profissionais da saúde e de instituições de ensino e pesquisa), os gestores da saúde, os operadores de direito, e entre outros, tendo o intuito de expor os diferentes pontos de vista a cerca da judicialização da saúde.

Como resultado desta Audiência, segundo Ribeiro (2014) o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou uma recomendação no ano posterior, com orientações disponíveis para os tribunais brasileiros, mostrando como o poder judiciário deve julgar as ações de saúde. Entre o rol de recomendações, pode-se destacar a de que este poder esteja aberto ao diálogo com profissionais e técnicos

da saúde, antes do deferimento do pedido de urgência. Acrescenta-se também como resultado, a criação dos Núcleos de Assessoria Técnica (NAT) que

[...] têm como missão oferecer assessoria e consultoria técnica aos magistrados para apoiá-los em suas decisões; são formados por equipe multidisciplinar encarregada de elaborar pareceres técnicos que explicam tanto aspectos clínicos quanto de políticas públicas em saúde relacionadas à demanda judicial (GOMES et al, 2014, p.150).

Não obstante os tímidos avanços alcançados no discurso sobre a judicialização da saúde com esta Audiência, ainda há muito caminho a percorrer, uma vez que este processo vem se naturalizando de tal forma, que não gera questionamentos por parte da sociedade do que seja a judicialização e quais consequências isto pode acarretar na Saúde Coletiva, considerando que na assistência a saúde pública, é dada mais ênfase nas ações curativas em detrimento das ações preventivas.

Em virtude dos fatos mencionados, foi possível vislumbrar um descompasso entre uma crescente demanda sanitária e os poucos recursos disponíveis na esfera estadual para suprir as necessidades dos cidadãos no âmbito da saúde. Nesse sentido, é evidente a relevância de criar políticas públicas que possam funcionar, atendendo as necessidades que emanam no campo da saúde pública. Entretanto, no atual estágio do capitalismo, percebe-se uma atuação do Estado dentro dos limites de um projeto neoliberal, que visa conter os gastos do ponto de vista da reprodução social, mantendo as altas taxas de lucro do capital.

Então, cabe ratificar, que as medidas neoliberais adotadas pelos governos desde 1990, possibilitaram a maior centralidade do poder judiciário frente aos direitos sociais, transformando a saúde em uma questão de justiça. Assim,

O grande desafio é pensar na judicialização da saúde como estratégia legítima, porém a ser orquestrada com outros mecanismos de garantia constitucional de saúde para todos. As demandas judiciais não podem ser consideradas como principal instrumento deliberativo, pois, de fato, para o alcance da justiça, deve ser adotado um conjunto de ações por meio das quais se busque implementar as diretrizes constitucionais (VENTURA et al, 2010, p.96).

Em síntese, a judicialização da saúde é tão complexa, que não há como ter respostas ou soluções prontas e acabadas, mas alternativas que atenuem esse processo, de modo que o Estado assuma a centralidade e por intermédio das políticas públicas garanta a efetivação dos direitos sociais, sem precisar da intromissão do poder judiciário. Desta forma, para Oliveira (2015) é necessário avançar no debate sob a ótica teórica, colocando-o em pauta nos espaços de participação social da política de saúde, com o intuito de proporcionar o diálogo entre os diversos atores sociais envolvidos nessa temática e buscar formas de assegurar uma nova cidadania política.

Em estudo correlato, Vieira (2016) alocou num quadro os desafios atuais do Estado brasileiro para garantia do direito à saúde frente à judicialização.

Quadro 01: Desafios na garantia do direito à saúde com a crescente judicialização

| Temas | | Desafios |
|----------------------|---|---|
| Direito à saúde | Financiamento do SUS | Ampliar o aporte de recursos para financiamento do SUS |
| | Formulação e implementação de políticas | Garantir a integralidade da assistência terapêutica Formular e implementar políticas terapêuticas baseada em critérios técnico-científicos, considerando sua sustentabilidade financeira Criar mecanismos para assegurar o acesso a tecnologias em saúde para os que não estejam assistidos pelas políticas, considerando os critérios técnicos e os custos da tecnologia pleiteada |
| | Gestão | Ampliar a oferta e organizar os serviços de saúde em efetiva rede regionalizada e hierarquizada Melhorar a coordenação e a cooperação entre os entes federados para maior eficácia, eficiência e efetividade do SUS Capacitar continuamente gestores e profissionais de saúde sobre a política de assistência farmacêutica, especialmente quanto ao acesso a medicamentos e o seu uso racional no âmbito do SUS |
| | Relação com a sociedade | Estabelecer debate na sociedade sobre o exercício da cidadania a fim de ampliar a consciência sobre direitos e deveres dos cidadãos |
| | | Ampliar o diálogo entre o Executivo, o Judiciário e o Legislativo |
| Judicialização | Comunicação | Disseminar o conceito de integralidade da assistência à saúde, que é um dos pilares para a formulação de políticas no âmbito do SUS |
| | Gestão da informação | Desenvolver sistema de informação para acompanhamento em todo o SUS das decisões judiciais que determinam a oferta de tecnologias em saúde |
| | Capacitação | Manter programa de capacitação para diferentes públicos sobre a organização do SUS e as políticas que são os meios para garantia do direito à saúde |
| | Regulamentação | Regulamentar questões relevantes como, por exemplo, o acesso a tecnologias pelos indivíduos que estejam eventualmente desassistidos pelas políticas |
| Recursos financeiros | Transparência | Divulgar de forma acessível à população as receitas arrecadadas e os gastos efetuados |
| | Otimização do uso dos recursos | Adotar ferramentas e implementar programas que visem à otimização do uso dos recursos |
| | Comunicação | Estabelecer meios para ampliar a comunicação com a sociedade e sua participação na definição de prioridades |
| | Prestação de contas | Prestar contas dos recursos arrecadados e das despesas efetuadas de forma transparente |

Fonte: Vieira, 2010.

O quadro acima aponta desafios para que o direito à saúde não se efetive por meio de determinações judiciais. Com relação a este direito, não se pode deixar de evidenciar que o financiamento da política de saúde que é um problema de ordem estrutural, vem impedindo o acesso a assistência à saúde de forma universal, equânime e integral, ou seja, a falta de recursos impossibilita a materialização do SUS de acordo com seus princípios e diretrizes consolidados na C.F. de 1988, daí mostra-se a necessidade de definir e ampliar o financiamento da saúde, porém isso vem sendo uma tarefa difícil, tendo em vista que a flexibilização do MRSB constitui-se como mais um percalço para a superação do subfinanciamento no sistema público de saúde. Ainda ressalta-se segundo Vieira (2016) a importância de manter a relação dialógica do Estado com a sociedade civil, para que dessa forma os cidadãos possam ampliar sua consciência acerca dos seus direitos e deveres.

Quanto ao enfrentamento da judicialização da saúde, é crucial manter uma relação entre os três poderes de forma equilibrada, já que as decisões indiscriminadas dos juízes ou o maior protagonismos do judiciário na área da saúde, vem atingindo para além do seu orçamento, desvirtuando os princípios do SUS, principalmente o da equidade e da igualdade, na medida em que vem havendo privilégios na assistência à saúde.

Portanto, por pressionamento do Executivo insurgiu no judiciário um movimento de desjudicialização que objetivou evitar que os conflitos na área da saúde chegassem ao judiciário, ao incentivar a criação de câmaras de mediações de conflito (juridicização), mas que não necessariamente implica na luta pela extinção da falta de acesso, ou seja, esse movimento visa conforme Oliveira et al (2016) através da mediação, potencializar o diálogo entre essas duas instâncias de forma que os conflitos possam ser resolvidos administrativamente. Esta mediação como solução para os conflitos gerados no âmbito da saúde foi regulamentada em 26 de junho de 2015 pela lei nº 13.140.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão que conduziu a análise do objeto em estudo foi como vem sendo estruturado o debate na produção do conhecimento acerca da judicialização da saúde no Brasil. Assim partindo da formação histórica da política de saúde e retratando o marco da C.F. de 1988 (que assegurou a saúde como direito universal que deve ser provido pelo Estado), no desenvolvimento do presente trabalho buscou-se realizar uma análise da intensificação dos processos de judicialização da saúde no Brasil, recuperando historicamente como se desdobrou e vem se desdobrando este processo, além de apontar estratégias legais como a juridicização, que pretendem contornar a crescente judicialização.

Conforme já foi abordado, desde o momento em que o projeto neoliberal se firmou no Brasil, (objetivando colocar o Estado e a sociedade civil em cantos opostos), que o poder judiciário veio assumindo centralidade na efetivação do direito à saúde. Dessa forma, o Estado desobrigado dos seus deveres, passou a ter uma atuação negativa frente às políticas públicas, inclusive na política de saúde, impactando na estrutura do SUS, e com isso os cidadãos vem pagando um alto preço, na medida em que encontram dificuldades para acessarem os serviços de saúde de forma equitativa e universal.

Logo, os cidadãos com seus direitos recorrentemente negados concebem a via judicial como um meio mais exequível para assegurar o direito à saúde. Todavia, constatou-se que a judicialização está longe de ser a alternativa para ampliar a cidadania e fortalecer a democracia no âmbito da saúde, pelo contrário, este processo se comporta como mais uma violação do direito, posto que desvaloriza o direito coletivo em detrimento do direito individual.

A judicialização vem causando efeitos negativos de diversas ordens na política de saúde, atingindo principalmente o seu orçamento que já é reconhecido historicamente pelo seu subfinanciamento. Então, sendo uma política que já sofre com a insuficiência de recursos, na medida em que o poder público é forçado a cumprir determinações judiciais no âmbito da saúde isso provoca um desequilíbrio no orçamento que era para ser destinado para o atendimento das necessidades coletivas, além disso, as decisões judiciais tendem a beneficiar aqueles que possuem condições econômicas de arcar com os custos da demanda de saúde solicitada.

Os crescentes números das ações judiciais que tramitam no país atualmente analisados nos dados deste estudo, demonstram que a judicialização da saúde vem sendo uma estratégia largamente utilizada pelos cidadãos para assegurar seu direito, porém essa problemática não se restringe ao âmbito nacional posto que vem ocorrendo em todo o mundo. Ainda certificou-se que os maiores gastos dispensados a concessão de medicamentos via judicial é um ponto em comum entre o Brasil e os outros países. Em que pese à dimensão que a judicialização da saúde alcançou no município de João Pessoa, este vem sendo obrigado pelo judiciário a se responsabilizar por demandas da assistência à saúde que não são de sua competência.

Apesar da judicialização da saúde ser um meio legal que o cidadão utiliza para reclamar o não cumprimento do Estado com os preceitos constitucionais, esse processo vem enfraquecendo a política de saúde, fazendo com que os bens e os serviços de saúde sejam executados de forma fragmentada e focalizada, não beneficiando a toda a população. Nesta perspectiva, cabe a desnaturalização do processo de judicialização, de maneira que os cidadãos, os profissionais e todos os sujeitos políticos envolvidos no âmbito da saúde possam ficar a par de que enquanto esse processo atende demandas individuais e imediatas, inviabiliza o direito à saúde da maioria.

Portanto, mesmo após 29 anos da consolidação da C.F. de 1988 que consagrou a saúde como um direito social fundamental de todos que deve ser garantido pelo Estado, ainda prevalece as iniquidades do acesso e injustiça social na saúde, e isso se intensificou cada vez mais com os desvios dos recursos públicos para fomentar o setor privado, priorizando a mercantilização da assistência à saúde. Assim, com a perda da face democrática do Estado o SUS em gestão é um sistema de saúde que funciona dentro dos limites de uma política econômica neoliberal, sucateado e com uma universalidade excludente. Por essas violações do direito à saúde que vem ocorrendo a nível macro e micro estrutural, que os cidadãos depositam sua credibilidade na justiça para a efetivação do seu direito, resultando em um aumento exponencial da judicialização da saúde.

Diante da amplitude que o problema da judicialização da saúde alcançou, foi necessário criar mecanismos para reverter tal situação. Dessa forma, a mediação sanitária passou a ser uma alternativa a judicialização, impedindo que os conflitos gerados no âmbito do SUS não chegassem a ser resolvidos necessariamente pelo

poder judiciário (juridicização), já que estes não tem o domínio do conhecimento técnico para interferir na implementação e gestão da política de saúde, sendo assim, isso termina por se tornar mais um problema a ser enfrentado pelo SUS do que uma solução.

Este trabalho teve como propósito, modestamente, contribuir para a produção acadêmica sobre a “judicialização da saúde”, bem como divulgar esse processo, que vem se intensificando no Brasil, inclusive na Paraíba, e pouco é problematizado pela sociedade civil, já que é uma temática com visibilidade recente, com poucas produções no campo das Ciências Sociais Aplicadas. Desse modo, atentou-se despertar a consciência dos usuários do SUS acerca dos impactos negativos que a judicialização gera na política de saúde, configurando-se como mais uma transgressão do direito.

A construção desse trabalho produziu outras indagações, por hora não respondidas. Dentre os questionamentos e necessidade de maiores aprofundamentos, a questão da judicialização das políticas sociais em geral foi um tema recorrente ao final desse processo de elaboração do TCC. O contato mais profundo com o arcabouço teórico relacionado a questão central, ou seja, a Judicialização do direito à saúde, produziu um leque de outros questionamentos, dentre os quais elenca-se: como o assistente social vem relacionando em sua atuação profissional o processo de judicialização dos direitos? No contexto das políticas sociais, quais as políticas setoriais que mais apresentam processos de judicialização? Em relação à conjuntura recente de desmonte e restrição ao acesso aos serviços sociais, como construir movimentos de resistência levando em consideração os espaços que o processo de judicialização oferece?

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Shandra Carmen Sales de. **Direito à saúde como uma questão de cidadania**: a realidade sob a ótica do usuário. 2006. 237 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, CE. Rio de Janeiro: Cebes, 2017.
- ARAUJO, Isabelle Maria Mendes de. Direito à saúde: perspectivas do modelo neodesenvolvimentista brasileiro, privatização da saúde e a questão social. **Serviço Social em Revista**. Londrina, v. 16, n. 2, jan./jun., 2014, p. 62-79.
- ARAÚJO, Mônica Cristina Moraes e Souza. **Uma análise da Judicialização da Saúde na aquisição e na distribuição de medicamentos e insumos no Brasil pelo Ministério da Saúde no período de 2010 a 2014**. 2016. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública na Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n.11, 2012, p. 2865-2875.
- BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2ª ed., 2008.
- _____; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 9ª ed., 2011.
- BIBLIOTECA PROF. PAULO CARVALHO MATTOS. **Tipos de revisão de literatura**. Disponível em: <<http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf>>. Acesso em: 26 mai. de 2017.
- BJORKMAN, James Warner. Reformas de saúde em perspectiva comparada: uma questão sem fim... ou uma busca improvável. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.14, n.3, jun., 2009, p.763-770.
- BLIACHERIENE, Ana Carla et al. **Protocolo de acesso aos bens de saúde por via judicial no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/28662740-Protocolo-de-acesso-aos-bens-de-saude-por-via-judicial-no-sistema-unico-de-saude-13-introducao-195.html>>. Acesso em: 4 set. de 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal: Centro Gráfico. Brasília, DF, 1988.
- BRAUNER, Maria Cláudia C.; CIGNACHI, Janaina C. O direito à saúde e o papel do Poder Judiciário: uma perspectiva acerca das dimensões constitucionais e das tutelas coletivas. **Juris**. Rio Grande, v. 16, 2011, p.29-48.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. **Textos de Apoio da Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____; Menezes, Juliana Souza Bravo de. Política de Saúde no Governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês (Org.) et al. **Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2ª ed., 2008, p. 17-21.

_____; _____ (Org.). A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, Maria Inês; Menezes, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 1ª ed., 2011, p. 15-28.

BRITO, Álvaro de Azevedo Alves. **Sucintas abstrações sobre a cidadania, à luz de Aristóteles, Hobbes, Weber e Marshall**. Disponível em: <
<https://jus.com.br/artigos/21042/sucintas-abstracoes-sobre-a-cidadania-a-luz-de-aristoteles-hobbes-weber-e-marshall>> . Acesso em: 26 mai. de 2017.

CARDOSO, Naiara Prato. A Saúde no governo João Goulart: aspectos da planificação no campo das políticas sociais. In: XXVIII Simpósio Nacional de História, 2015. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2015.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 3ª ed., 2002.

CASTELO, Rodrigo. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 112, out/dez, 2012, p. 613-636.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto. **Notas Avaliativas sobre o SUS na Atual Conjuntura: PACS e PSF**. Texto didático, João Pessoa, 2000.

COMPARATO, Fábio Konder. A afirmação histórica dos direitos humanos. São Paulo: **Saraiva**, 2007

COSTA, Mônica Rodrigues. A trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em Debate**. Pelotas, jul./dez., 2007, p.85-107.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v.9, n. 3, nov./fev., 2009, p.9-34.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.

_____; **Eqüidade em Saúde**. s.d. Disponível em:
<<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>> . Acesso em: 14 set. de 2017.

FAGNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica. **Ser Social**. Brasília, v.13, n. 28, jan./ jun., 2011, p.41-80.

FARIAS, Rodrigo Nóbrega. **Da desjudicialização à participação democrática:** propostas para a efetivação do direito à saúde a partir de estudo de caso em João Pessoa. 2015. 242 f. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 2, ago./dez., 2011, p. 331 – 344.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, jun., 2009, p.743-752.

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde vai disponibilizar software para controlar ações judiciais em saúde**. Disponível em: < <http://portalfns.saude.gov.br/ultimas-noticias/1677-ministerio-da-saude-vai-disponibilizar-software-para-controlar-acoes-judiciais-em-saude>>. Acesso em: 4 ago. de 2017.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Orgs.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1ª ed., 2009.

GOMES, Dalila F. et al. Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá? . **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n.100, jan./mar., 2014, p. 139-156.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP. **O que é revisão de literatura?**. Disponível em: < <http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf> >. Acesso em: 5 de set. de 2017.

JORNAL GGN. **Pesquisadores procuram soluções para a judicialização da saúde**. Disponível em: < <http://jornalgggn.com.br/noticia/pesquisadores-procuram-solucoes-para-a-judicializacao-da-saude>>. Acesso em: 28 mai. de 2017.

KRÜGER, Tânia Regina. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v.17, n.2, jul./dez., 2014, p. 218-226.

LIMA, Telma Cristiane; MIOTO, Regina Célia. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 10, n. espe., 2007, p. 37-45.

LUIZ, Olinda do Carmo. **Direitos e equidade:** princípios éticos para a saúde. Arq. Méd. ABC. 2005, p. 69-75.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”: anos 80. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.1, n.1, 1991, p. 77- 96.

MASSAFRA, Cristiane Quadrado. Direito à saúde e desenvolvimento brasileiro: uma questão de cidadania. **Direito em Debate**. v. 13 n. 22, jul./dez., 2004, p.47-70.

MACEDO, Aruza ET AL. **A Fundamentalidade dos Direitos Sociais**. Disponível em:
<http://www.uni7setembro.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic/v_encontro/afundamentalidadedosdireitossociais.pdf> . Acesso em: 12 mai. de 2017.

MENDONÇA, Ana Maria Ávila. **Ditadura e direitos sociais: a história da Constituição dos direitos sociais no Brasil**. 2005. 261 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE.

MENDONÇA, Helena Karoline; BERTUOL, Mayara Karoline. Direitos de segunda geração: o problema da efetivação dos direitos sociais, econômicos e políticos. **Revista Eletrônica da Universidade Toledo Presidente Prudente**. v. 5, n. 5, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 24ª ed., 1994.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: UNB/CEFESS/ABEPSS, 2009.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 1ª ed., 2011, 64 p.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.) et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1ª ed., 2008, p.435-472.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr./jun., 2015, p. 525-535.

_____. Mediação: um meio de desjudicializar a saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília. mar., 2016, p.169-177.

OLIVEIRA, Renan Guimarães de. **Judicialização do Direito à Saúde Pública do Município de Leopoldina, MG: um estudo de caso**. 2014. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

OLIVEIRA, Rodrigo de. A Judicialização da Saúde: ameaça ou solução para efetivação dos direitos sociais?. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas: Para além da crise global. 1., 2015, Maranhão. **Anais...** Maranhão: JOINPP/ UFMA, 2015, p. 1-13.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. **Estado, Sociedade e**

Formação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1ª ed., 2008, p.91-122.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde.** Londrina, v.8, n.1, dez., 2006, p.13-19.

PEREIRA, João Márcio Mendes (Org.); PRONKO, Marcela. **A demolição de direitos:** um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2014.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n.112, out./dez., 2012, p.729-753.

PIZZANI, Luciana et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Revista Digital de Biblioteconomia & Ciência da Informação.** Campinas, v. 10, n. 1, 2012, p. 53-66.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil.** Uma pequena revisão. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/222>. Acesso em: 19 fev. de 2016.

PORTAL DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Ministério da Saúde: mais gestão, mais prevenção.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/arquivos-de-eventos/audiencia-publica-13-07-2016-0-min-saude/apresentacao-min-saude>>. Acesso em: 25 mai. de 2017.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardozo de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** Módulo Político Gestor. São Paulo: UNIFESP, 2009.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. **O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos?**.2014. 167 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia científica:** a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 2ª ed., 1999.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça:** a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2ª ed., 1979.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais.** Ano I, n. 1, jul., 2009.

SIERRA, Vânia Morales. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. **Revista Katálisis.** Florianópolis, v. 14, n. 2, jul./dez., 2011, p. 256-264.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social.** 2010. 210 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE.

SOUSA, Aione Maria da Costa. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 17, n. 2, jul./dez., 2014.

SOUZA, Kátia Oliveira de; LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH): [Re] afirmação de um modelo de gestão. In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 2013. Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2013.

SOUZA, Waldir da Silva. Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

TASCA, Jocimar A. A Judicialização da Saúde. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**. São Paulo: UNIFAFIBE, v.1, n.1, 2013, p. 93-118.

UGÁ, Maria Alicia D; PORTO, Maria. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia (Org.) et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2ª ed., 2012, p. 395-424.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010, p. 77-100.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Garantia do direito à saúde, judicialização e o mito de que os recursos não são escassos: desafios atuais e futuros do Estado brasileiro. In: IX Congresso Consad de Gestão Pública, 2016. Brasília. **Anais...** Brasília, 2016.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**. Brasília, v.10, n.3, 2016, p. 1-28.

VOSGERAU, Dilmeire Sant' Anna Ramos; ROMANOWSKI, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**. Curitiba, v. 14, n. 41, jan./abr., 2014, p. 165-189.

XAVIER, Christabelle-Ann. **Judicialização da Saúde no Brasil: principais projetos desenvolvidos pela coordenação de assuntos judiciais**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17/JUDICIALIZACAO%20DA%20SAUDE%20NO%20BRASIL%20Principais%20Projetos%20Desenvolvidos%20pela%20Coordenacao%20de%20Assuntos%20Judiciais.pdf>> . Acesso em: 15 ago. de 2017.

ANEXO 1 - Resolução CNJ nº 238

Poder Judiciário

*Conselho Nacional de Justiça***RESOLUÇÃO 238 DE 6 DE SETEMBRO DE 2016**

Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ), no uso de suas atribuições legais e regimentais,

CONSIDERANDO que a judicialização da saúde envolve questões complexas que exigem a adoção de medidas para proporcionar a especialização dos magistrados para proferirem decisões mais técnicas e precisas;

CONSIDERANDO as diretrizes formuladas pela Resolução CNJ 107, de 6 de abril de 2010, que estabeleceu a necessidade de instituição de Comitês da Saúde Estaduais como instância adequada para encaminhar soluções para a melhor forma de prestação jurisdicional em área tão sensível quanto à da saúde;

CONSIDERANDO que a Recomendação CNJ 43, de 20 de agosto de 2013, orienta os Tribunais indicados nos incisos III e VII do art. 92 da Constituição Federal a promoverem a especialização de varas para processar e julgar ações que tenham por objeto o direito à saúde pública e orientem as varas competentes a priorizar o julgamento dos processos relativos à saúde suplementar;

Assinatura manuscrita em tinta preta.



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

CONSIDERANDO que a referida especialização pode ser realizada por meio da concentração da distribuição de novas ações que envolvam direito à saúde pública e à saúde suplementar em uma das varas cíveis ou de Fazenda Pública de cada Comarca, com a devida compensação na distribuição de outros feitos;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do CNJ no Ato Normativo 0003751-63.2016.2.00.0000 na 18ª Sessão Virtual, realizada em 30 de agosto de 2016;

RESOLVE:

Art. 1º Os Tribunais de Justiça e os Tribunais Regionais Federais criarão no âmbito de sua jurisdição Comitê Estadual de Saúde, com representação mínima de Magistrados de Primeiro ou Segundo Grau, Estadual e Federal, gestores da área da saúde (federal, estadual e municipal), e demais participantes do Sistema de Saúde (ANVISA, ANS, CONITEC, quando possível) e de Justiça (Ministério Público Federal e Estadual, Defensoria Pública, Advogados Públicos e um Advogado representante da Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil do respectivo Estado), bem como integrante do conselho estadual de saúde que represente os usuários do sistema público de saúde, e um representante dos usuário do sistema suplementar de saúde que deverá ser indicado pela Secretaria Nacional de Defesa do Consumidor por intermédio dos Procons de cada estado.

§ 1º O Comitê Estadual da Saúde terá entre as suas atribuições auxiliar os tribunais na criação de Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS), constituído de profissionais da Saúde, para elaborar pareceres acerca da medicina baseada em evidências, observando-se na sua criação o disposto no parágrafo segundo do art. 156 do Código de Processo Civil Brasileiro.

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

§ 2º Aplicam-se aos Comitês Estaduais de Saúde, naquilo que lhe compete, as mesmas atribuições previstas ao Comitê Executivo Nacional pela Resolução CNJ 107/2010, destacando-se aquela estabelecida no seu inciso IV do artigo 2º, que dispõe sobre a proposição de medidas concretas e normativas voltadas à prevenção de conflitos judiciais e à definição de estratégias nas questões de direito sanitário.

§ 3º As indicações dos magistrados integrantes dos Comitês Estaduais de Saúde serão realizadas pela presidência dos tribunais respectivos ou de acordo com norma prevista em regimento interno dos órgãos, de preferência dentre os magistrados que exerçam jurisdição em matéria de saúde pública ou suplementar, ou que tenham destacado saber jurídico na área da saúde.

§ 4º A presidência do Comitê Estadual será definida em comum acordo entre os magistrados participantes, sendo que, no caso de divergência, presidirá o magistrado mais antigo, independente da justiça originária.

§ 5º Os Núcleos de Apoio Técnico do Judiciário (NAT-JUS) terão função exclusivamente de apoio técnico não se aplicando às suas atribuições aquelas previstas na Resolução CNJ 125/2010.

Art. 2º Os tribunais criarão sítio eletrônico que permita o acesso ao banco de dados com pareceres, notas técnicas e julgados na área da saúde, para consulta pelos Magistrados e demais operadores do Direito, que será criado e mantido por este Conselho Nacional de Justiça.

Parágrafo Único. Sem prejuízo do contido no *caput* deste artigo, cada tribunal poderá manter banco de dados próprio, nos moldes aqui estabelecidos.

Art. 3º Os Tribunais Estaduais e Federais, nas Comarcas ou Seções Judiciárias onde houver mais de uma vara de Fazenda Pública, promoverão a especialização de uma das varas em matéria de saúde pública, compensando-se a distribuição.

Assinatura manuscrita em tinta preta, localizada no canto inferior direito da página.



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Parágrafo único. Nos tribunais onde houver mais de uma Câmara de Direito Público, recomenda-se que seja aplicado o mesmo critério do *caput*.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor 60 (sessenta) dias após a data de sua publicação.

Ministro **RICARDO LEWANDOWSKI**